

Я. П. ФРУМКИН, Г. Л. ВОРОНКОВ

**УЧЕБНЫЙ  
АТЛАС  
ПСИХИАТРИИ**

ГОСМЕДИЗДАТ УССР



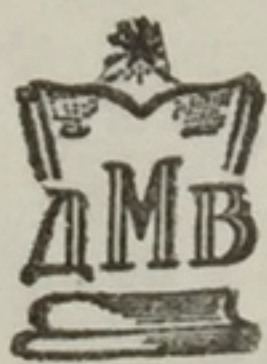




Проф. Я. П. ФРУМКИН, доцент Г. Л. ВОРОНКОВ

# УЧЕБНЫЙ АТЛАС ПСИХИАТРИИ

*УУЗ'ом Министерства здравоохранения УССР  
рекомендовано как учебное пособие  
для студентов медицинских институтов*



ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УССР  
Киев—1962



617.9  
Ф93



# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3	Амнезии — расстройства памя-	
Материалы по истории		ти — временные, длительно-	
психиатрии . . . . .		прогрессирующие . . . . .	70
Деятели психиатрии . . . . .	5	Прогрессивный паралич поме-	
И. М. Сеченов . . . . .	37	шанных . . . . .	71
И. П. Павлов . . . . .	38	Прогрессивный паралич поме-	
П. Д. Шипулинский . . . . .	39	шанных — лабораторные ис-	
И. М. Балинский . . . . .	39	следования . . . . .	72
И. П. Мержеевский . . . . .	40	Особенности паралитического	
В. М. Бехтерев . . . . .	41	бреда величия . . . . .	73
В. П. Осипов . . . . .	42	Прогрессивный паралич поме-	
В. Х. Кандинский . . . . .	43	шанных, клинические формы—	
В. Ф. Саблер . . . . .	43	формы течения . . . . .	74
С. С. Корсаков . . . . .	44	Клинические формы сифилиса	
В. П. Сербский . . . . .	46	головного мозга . . . . .	75
П. Б. Ганнушкин . . . . .	47	Большой эпилептический припа-	
В. А. Гиляровский . . . . .	48	док . . . . .	76
Н. Н. Баженов . . . . .	49	Эпилептические эпизодические	
М. П. Литвинов . . . . .	49	психозы — эквиваленты . . . . .	77
П. П. Кашенко . . . . .	50	Клинические формы — формы	
В. И. Яковенко . . . . .	51	течения эпилепсии . . . . .	78
Ю. В. Каннабих . . . . .	51	Клинические формы шизофрении	
П. А. Бутковский . . . . .	52	Циркулярный (маниакально-де-	
А. И. Ющенко . . . . .	53	прессивный) психоз . . . . .	80
Т. И. Юдин . . . . .	53	Артериосклероз головного мозга	
В. М. Гаккебуш . . . . .	54	Сенильный (старческий) психоз	
В. П. Протопопов . . . . .	55	Пресенильный (предстарческий)	
Н. В. Краинский . . . . .	56	психоз . . . . .	83
В. А. Бец . . . . .	57	Олигофрения . . . . .	84
Ф. Пинель . . . . .	57	Психические расстройства при	
Ж. Э. Д. Эскироль . . . . .	58	черепномозговой травме — це-	
Д. Конноли . . . . .	59	ребротравматические психозы	
Э. Крепелин . . . . .	60	Алкогольные психозы . . . . .	85
К. Вернике . . . . .	60	Психогенные реакции, неврозы	
Э. Блейлер . . . . .	61	Симптомы и формы психи-	
Учебные таблицы . . . . .		ческих заболеваний . . . . .	
Галлюцинации . . . . .	65	Галлюцинации . . . . .	91
Виды бреда . . . . .	66	Бредовые идеи . . . . .	108
Расстройства сознания . . . . .	67	Прогрессивный паралич поме-	
Эмоциональные расстройства . . . . .	68	шанных, паралитическое сла-	
Кататонические двигательные		боумие, паренхиматозный ней-	
расстройства . . . . .	69	ролюэс, поздний сифилитиче-	
		ский психоз, общий паралич	115



Сифилис мозга . . . . .	118	Травматические психические	
Эпилепсия . . . . .	128	расстройства . . . . .	277
Большой судорожный, тонико- клонический, эпилептический припадок . . . . .	132	Эпилепсия . . . . .	279
Шизофрения, раннее слабоумие	148	Шизофрения . . . . .	281
Восковая гибкость, каталепсия	152	Множественный цистицеркоз	285
Ступор . . . . .	153	Абсцесс мозга . . . . .	285
Циркулярный психоз, маниакаль- но-депрессивный психоз . .	175	Олигофрения . . . . .	286
Артериосклероз головного мозга	186	Материалы по исследованию и лечению психических за- болеваний . . . . .	
Сенильный психоз, старческий психоз, старческое слабоумие	190	Схема Н. К. Боголепова разли- чий кровоизлияния, тромбоза и эмболии . . . . .	308
Пресенильный, предстарческий психоз . . . . .	197	Электроэнцефалография . . . .	311
Олигофрения . . . . .	199	В. В. Правдич-Неминский . . .	311
Истерия, истерические реакции	209	Г. Бергер . . . . .	312
Депрессивная реакция, психоген- ная депрессия . . . . .	211	Некоторые методики исследова- ния высшей нервной деятельно- сти и экспериментально-пси- хологических исследований в психиатрической практике	337
Псевдодеменция . . . . .	212	Психотерапия . . . . .	357
Пуэрилизм . . . . .	212	Гипноз . . . . .	360
Ганзеровское сумеречное состоя- ние . . . . .	213	Инсулинотерапия . . . . .	367
Схема различий истерического и эпилептического припадков	221	Электроконвульсивная терапия (ЭКТ) . . . . .	370
Алкогольные психозы . . . . .	233	Алкогольно-кофеинная проба .	375
Патологоанатомические и патологогистологичес- кие материалы . . . . .		Психиатрические съезды, конфе- ренции по вопросам психиат- рии и съезды, на которых стави- лись вопросы психиатрии .	376
Прогрессивный паралич . . . .	263	Журналы по психиат- рии . . . . .	378
Сифилис мозга . . . . .	267	Оглавление . . . . .	379
Артериосклероз головного мозга	269		
Старческое слабоумие . . . . .	273		

Фрумкин Яков Павлович,  
Воронков Георгий Леонидович  
УЧЕБНЫЙ АТЛАС ПСИХИАТРИИ

Редактор А. Л. Абашев  
Корректор И. А. Солдатова

Техредактор А. Л. Наринская  
Переплет художн. А. В. Посохова

БФ 38595. Заказ № 375. Тираж 8700. Подписано к печати 17/X 1962 г. Учетно-издат. листов 20,85.  
Бумага 70×108<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумажных лист, 11,83. Условн. печ. листов 33,25 (физич. печ. л. 23,75). Цена 2 руб. 19 коп.

Книжно-журнальная фабрика Главполиграфиздата Министерства культуры УССР.  
Киев, ул. Воровского, 24.



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Атлас психиатрии является учебным пособием для студентов медицинских институтов, для начинающих врачей-психиатров и работников других дисциплин, интересующихся психиатрией.

Материалы атласа помогают закреплению в памяти предмета психиатрии, подробные сведения о которой приобретаются при изучении полного курса психиатрии соответственно с программой преподавания.

Атлас психиатрии рассматривается как дополнение к руководству по психиатрии. Чем больше наглядных учебных материалов находится в распоряжении студента, изучающего психиатрию, тем больше возможность прочного усвоения необходимых сведений.

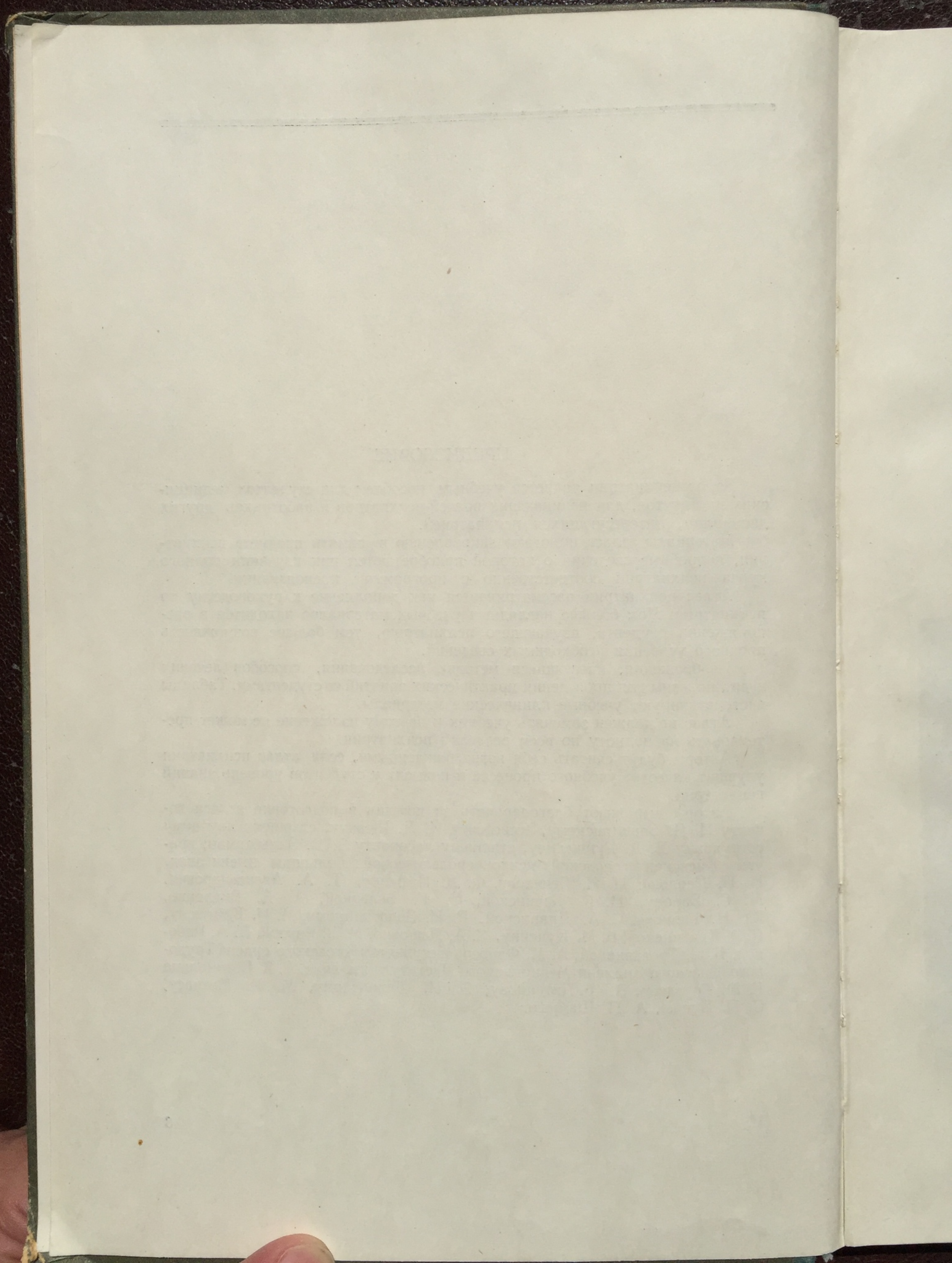
Изображения, касающиеся методик исследования, способов лечения и др., полезны для проведения практических занятий со студентами. Таблицы систематизируют учебные клинические материалы.

Атлас не должен заменять учебник и поэтому изложение не может претендовать на полноту по всем разделам психиатрии.

Авторы будут считать себя вознагражденными, если атлас психиатрии улучшит качество учебного процесса и повысит у студентов уровень знаний психиатрии.

Авторы выражают благодарность за помощь в подготовке атласа доценту И. Я. Завилянскому, ассистенту И. Д. Шевчук, старшему научному сотруднику Е. А. Рушкевичу, старшему лаборанту Э. Я. Зильберман; врачам Киевской городской психоневрологической больницы имени акад. И. П. Павлова: П. Н. Лепихову, Ф. Д. Пашенко, Т. А. Александрович, М. С. Барону, Н. Г. Бачинской, О. Г. Белецкой, А. Е. Видренко, Ю. Н. Ганнохе, С. А. Дивинской, Р. И. Золотницкому, М. И. Клигману, Р. Э. Кравинской, Б. М. Куценку, С. А. Пашенко, М. З. Ровной, В. А. Рябой, Б. Л. Третьяковой, А. М. Фарберу и студентам Киевского ордена Трудового Красного Знамени Медицинского Института им. акад. А. А. Богомольца Г. М. Груздеву, В. Б. Литвинову, Э. И. Лапинскому, М. Р. Мозиасу, С. П. Пуцаю, А. П. Шамраю.







МАТЕРИАЛЫ  
ПО ИСТОРИИ  
ПСИХИАТРИИ



WATERMAN  
NO. 10  
NIGHTMARE

latis  
gario  
femi  
salut  
crati  
per l  
latin  
sedul

Pr  
Fo



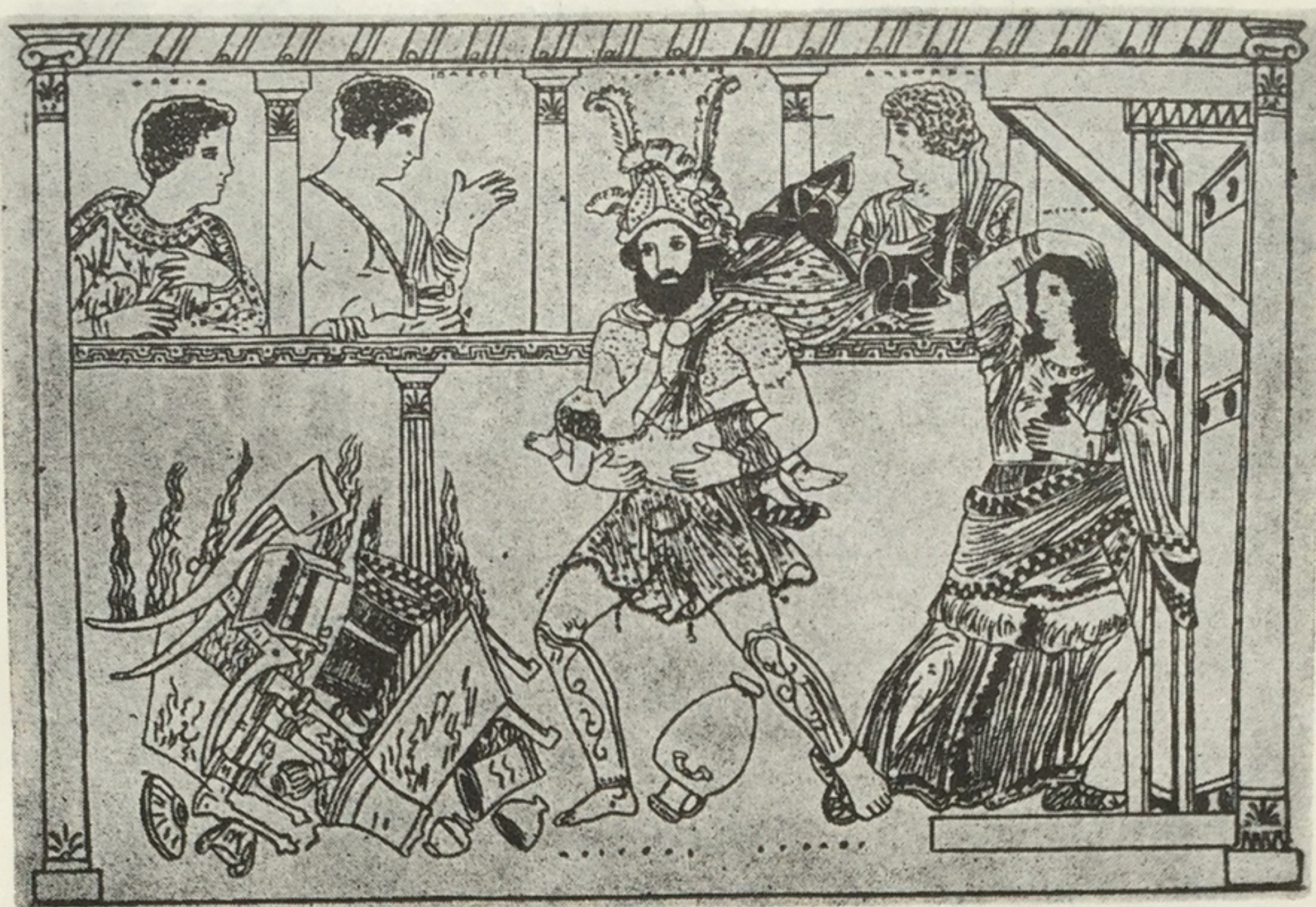


Рис. 1. Геракл в «припадке безумия» убивает своих детей. Направо от Геракла убегающая в ужасе Мегара, над ней Алкмена. В левом углу богиня безумия Мания, рядом с ней Иолай (рисунок на вазе). Н. А. Кун, Легенды и мифы древней Греции, М., 1957.

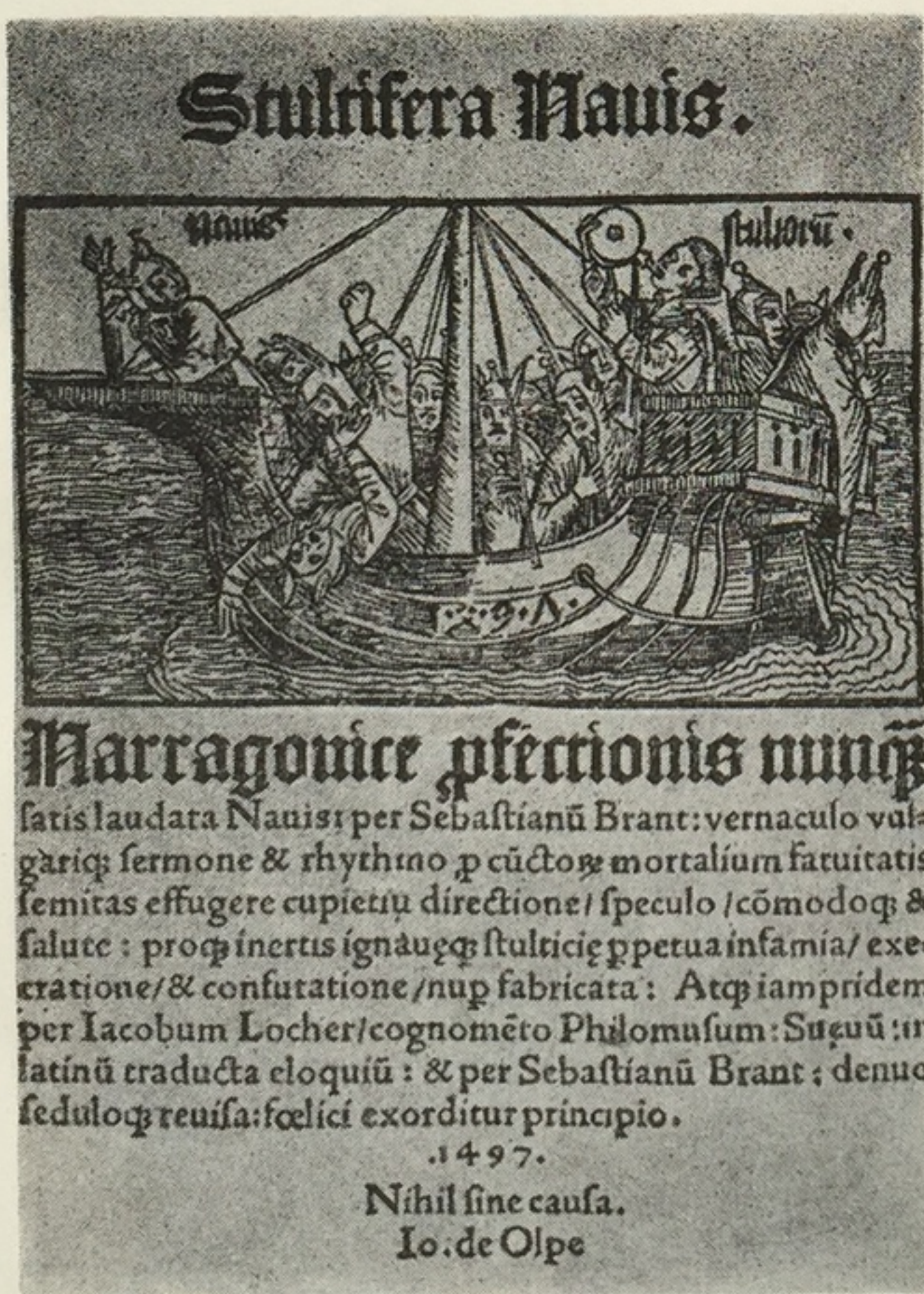


Рис. 2. Корабль сумасшедших — Net de Fous. Себастьян Брандт, 1498. («Le Livre». Henri Bouckot, Paris, 1886).



Рис. 3. Корабль сумасшедших — Das Narrenschiff. Hieronymus Bosch, 1500.





Рис. 4. Дом умалишенных. Франциско де Гойя, 1790 (Francisco de Goja. La Casu dei pazzi).



Рис. 5. Душевнобольные в Сальпетриере. Арман Готье (Armand Goutier), 1857.





Рис. 6. Сцена из дома умалишенных. Вильгельм фон Каульбах (Wilhelm von Kaulbach), 1835.



Рис. 7. Сцена из дома умалишенных в Бедламе. Вильям Хогарт (William Hogarth), 1750.





Рис. 8. Закрытый двор для душевнобольных. Р. Сильвио (Rote Silvio). Галерея современного искусства в Риме. Ц. Шкода (C. Škoda) и Р. Шкодова (R. Škodova). Лечение психозов средой. Братислава, 1959.

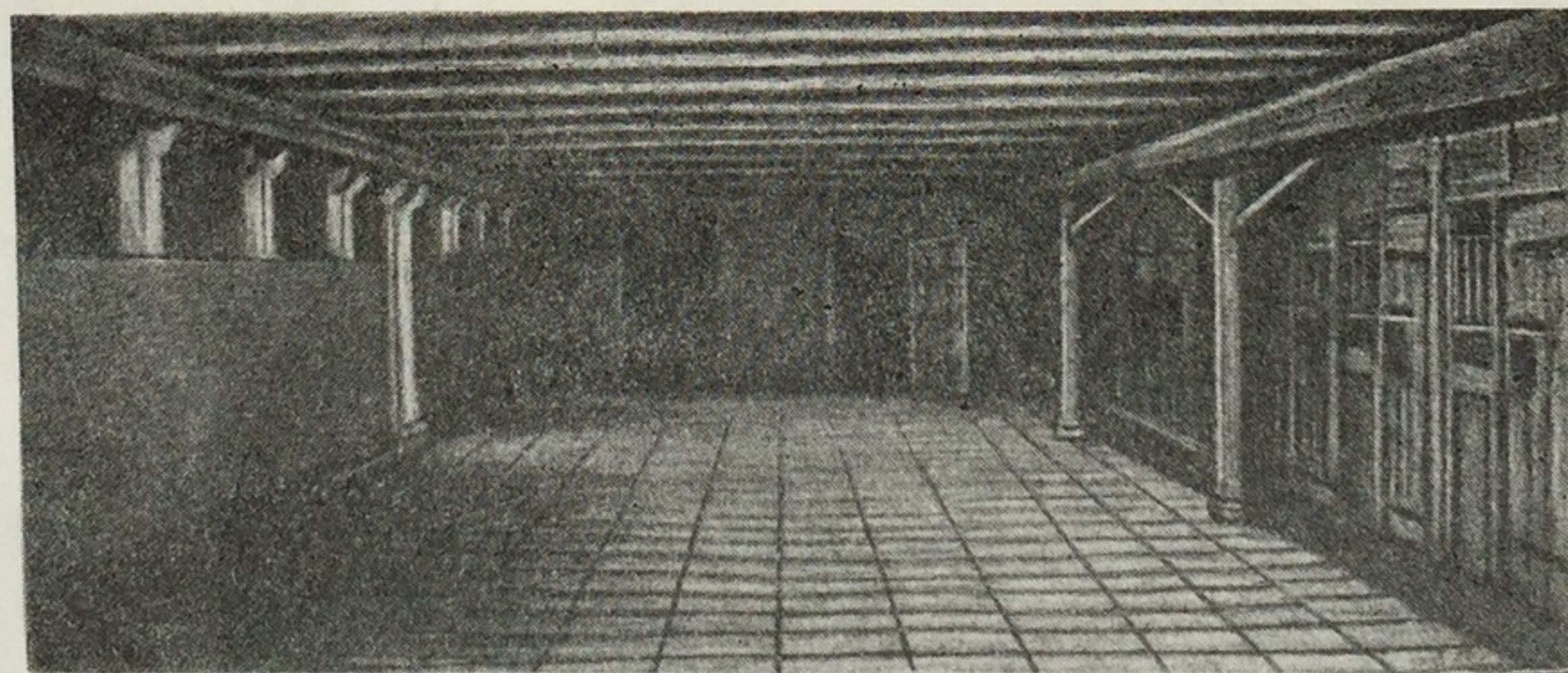


Рис. 9. Коридор с клетками для душевнобольных в доме для умалишенных. 18-й век. Э. Крепелин. 100 лет психиатрии. Е. Краепелин. Hundert Jahre Psychiatrie, 1918.



Рис. 10. «Коридор в Бедламе» — психиатрическая больница в Лондоне, основанная в 1537 г. в здании Вифлеемского аббатства — с больными, выставленными «для обозрения любопытствующей публикой, уплатившей один пенс за вход в Бедлам через так наз. «пенсовые ворота». Джонатан Свифт. Сказка бочки, написанная для общего совершенствования человеческого рода. Москва, 1931.

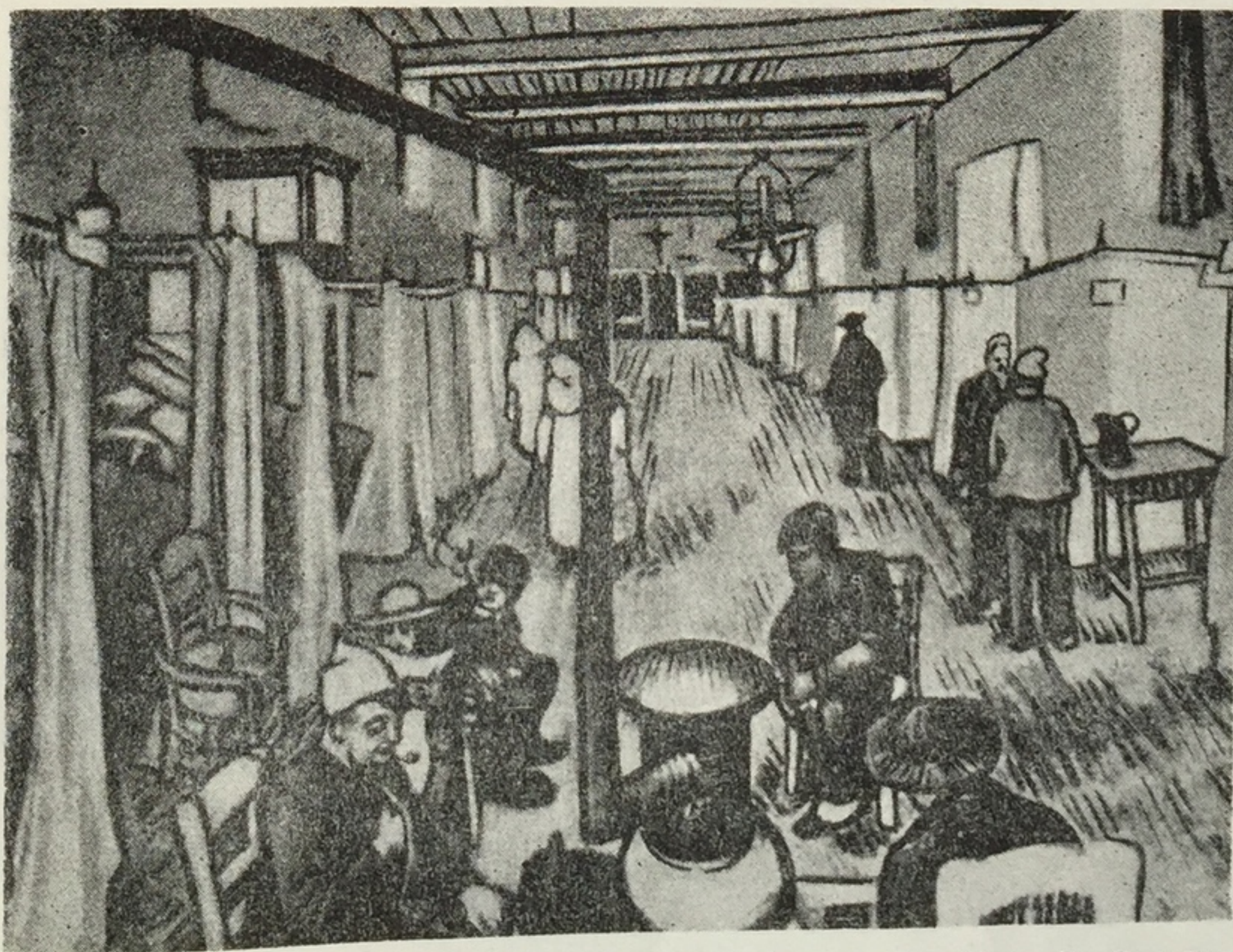


Рис. 11. Мужское отделение психиатрической больницы в Арле. В. Ван-Гог (Vincent van Gogh). Картина, написанная им во время пребывания в больнице, 1888.





Рис. 12. Клетка для душевнобольных. 16-е столетие. Изображение вырезано на дереве. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.



Рис. 13. Катание больных в экипажах, запряженных больными. 18-й век Э. Крепелин (E. Kraepelin, Hundert Jahre der Psychiatrie, 1918).



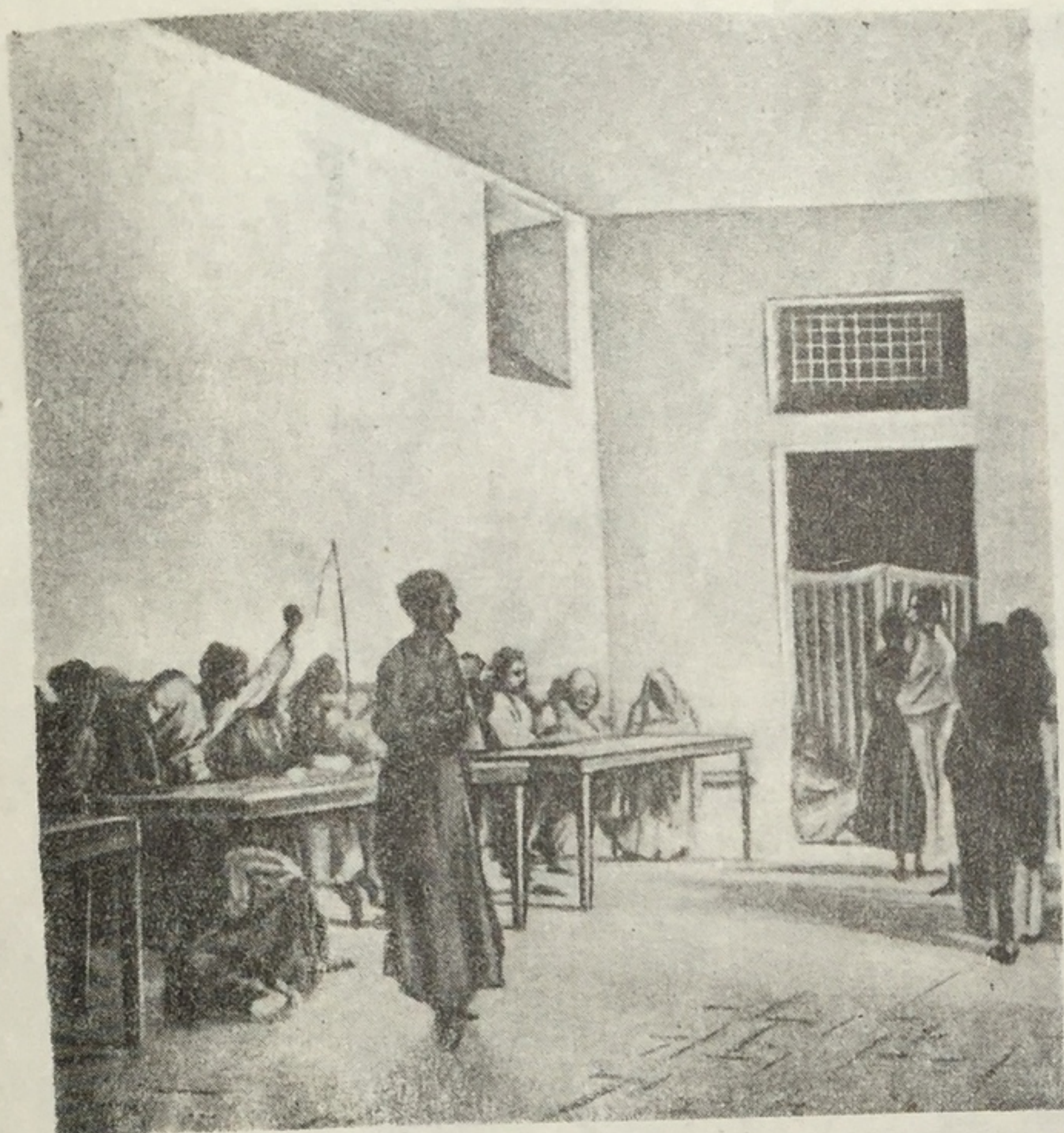


Рис. 14. Зал для беспокойных больных. Т. Синьорини (Telemaco Signorini), 1865. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.



Рис. 15. Лечение помешательства, 1500. Иеронимус Босх (Hieronymus Bosch).





Рис. 16. Лечение помешательства. Ф. Гальс мл. (Franz Hals d. j.), Голлендер (Holländer). Медицина в классической живописи.

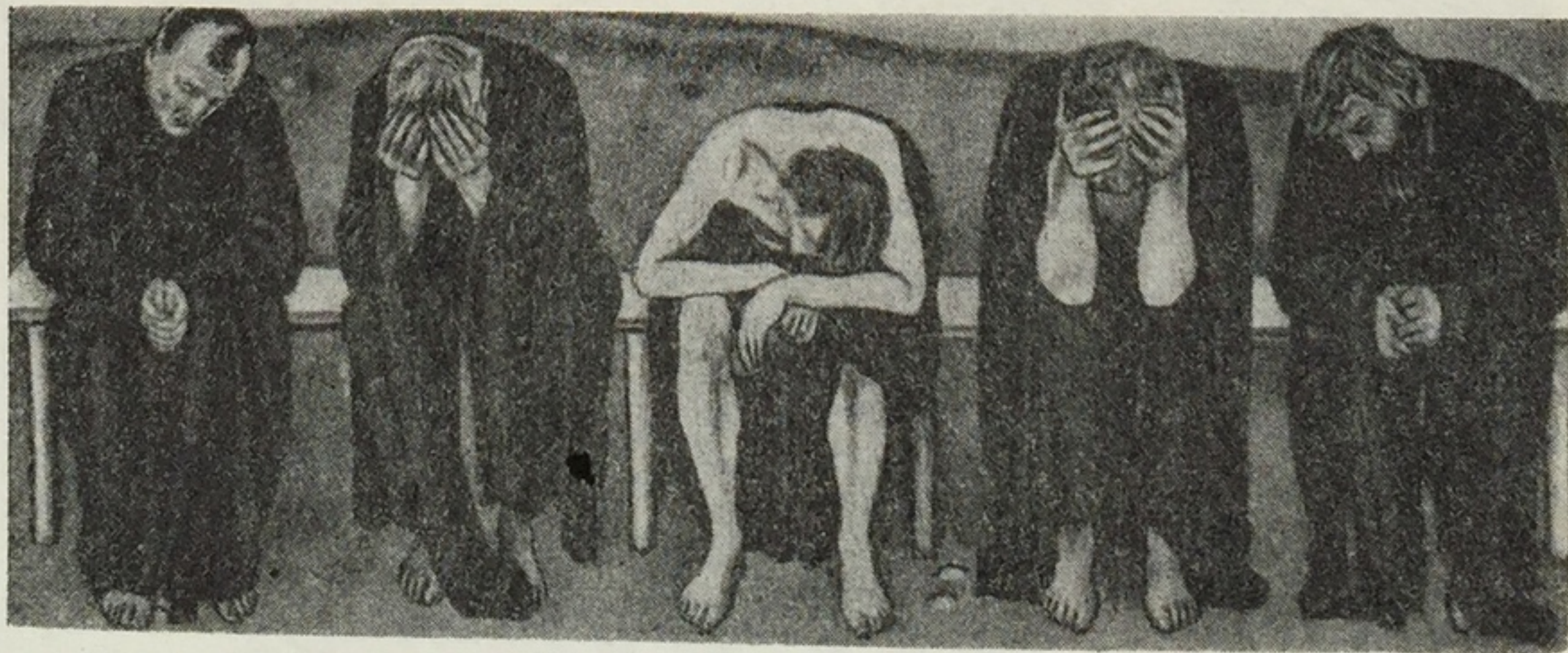


Рис. 17. Отчаяние (группа больных). Ф. Годлер (F. Hodler), 1892.





Рис. 18. Беснование. Рише (Richet). (Леман. Иллюстрированная история суеверий и т. д., 1900).



Рис. 19. Изгнание бесов. Гравюра Адама Ван-Ноорта (1562—1641).



Рис. 20. «Гидротерапия» душевнобольных. Резьба по дереву. 16-й век. Любомир Ганцличек (Lubomir Hanzliček), Biologické Terapie Psychos., Praha, 1959.



Рис. 21. Изгнание бесов. 15-й век.  
Леман. Иллюстрированная история  
суеверий и т. д., 1900.



Рис. 22. Изображение бесоудержимости с зрительными галлюцинациями. Леман. Иллюстрированная история суеверий и т. д., 1900.





Рис. 23. Отчитывание бесоодержимого. Гельмгольт. «История человечества». 1904, СПб.

ление бесоодержимыми галлюциан. Иллюстри-  
ция суеверий  
1900.



Рис. 24. Лечение одержимых, 1619.  
П. П. Рубенс (Peter Paul Rubens).





Рис. 25. Пытка колдуньи в средние века. Пилоти, XIX век. Иллюстрированный обзор минувшего столетия, СПб, 1901.

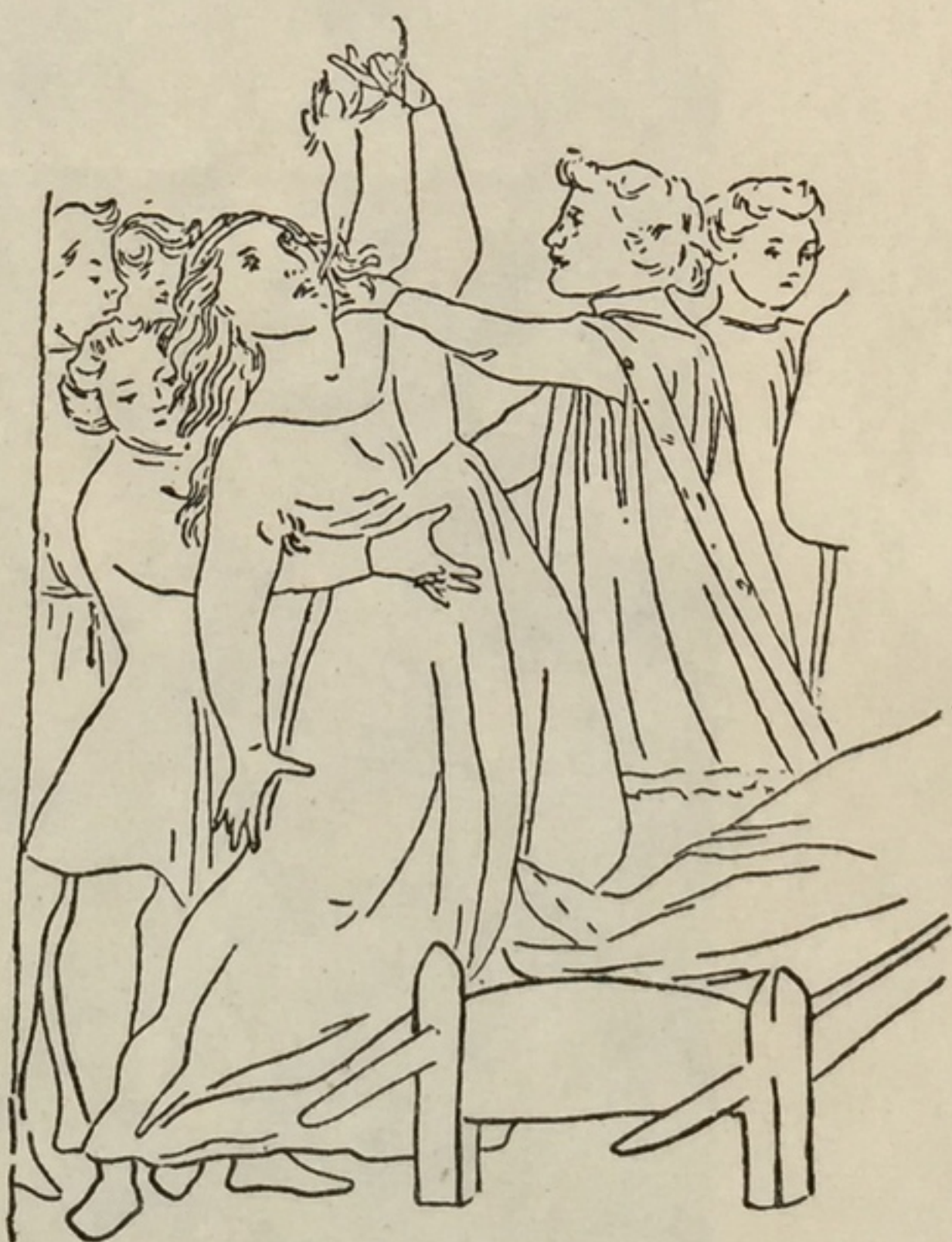


Рис. 26. Исцеление одержимой, 1500, Ф. Джорджо (Francisco di Giorgio).





Рис. 27. Сожжение 400 ведьм в 1577 г. в Тулузе. Леман.  
Иллюстрированная история суеверий и т. д., 1900.





Рис. 28. Камера в Сальпетриере (18-й век). Скованная цепями, связанная ремнями больная. Э. Крепелин (E. Kraepelin), Hundert Jahre Psychiatrie, 1918. Ю. В. Каннабих, «История психиатрии», 1928.

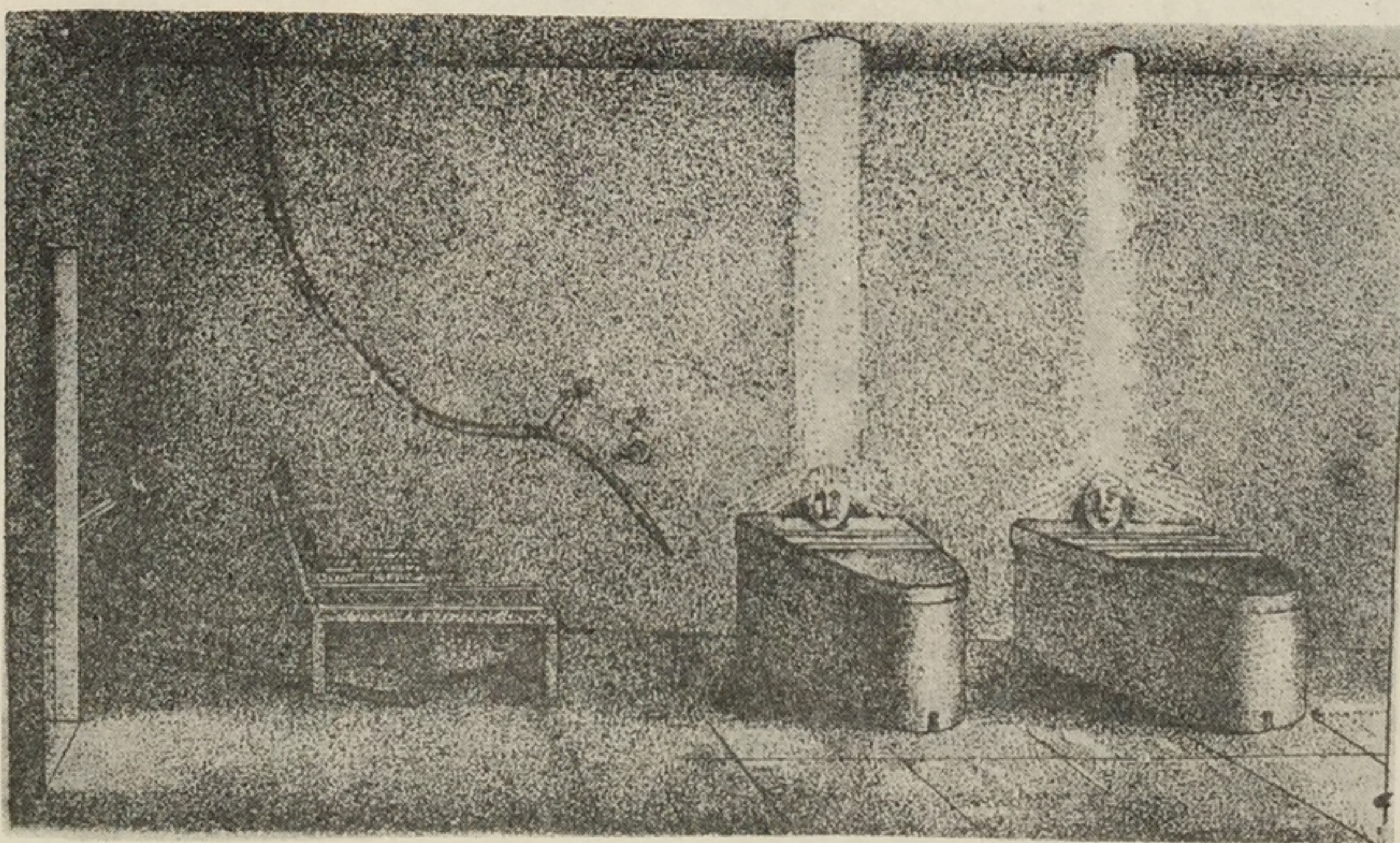


Рис. 29. Лечение обливанием холодным душем. 18-й век.



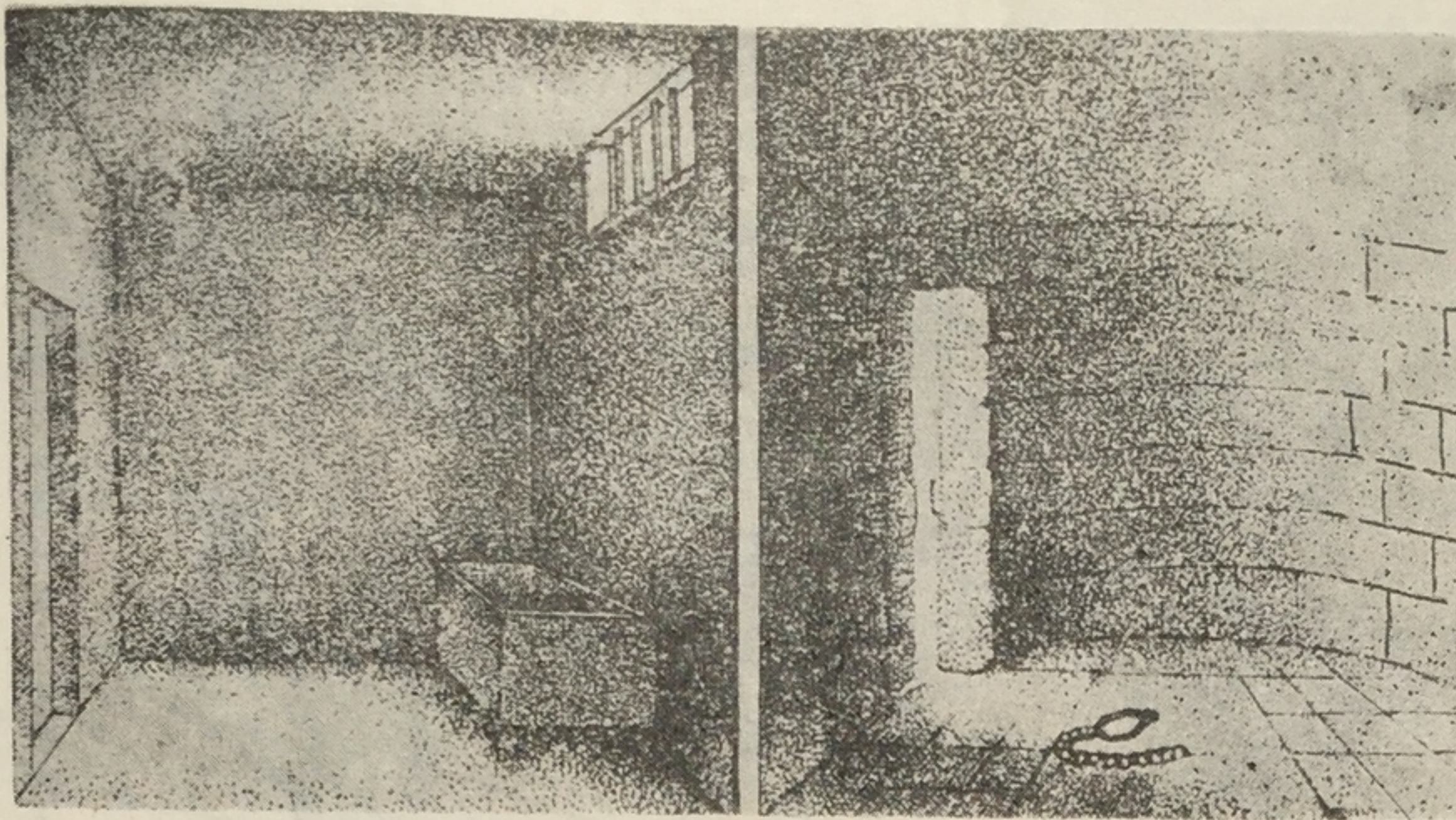


Рис. 30. Камеры содержания больных. 17—18-й век.

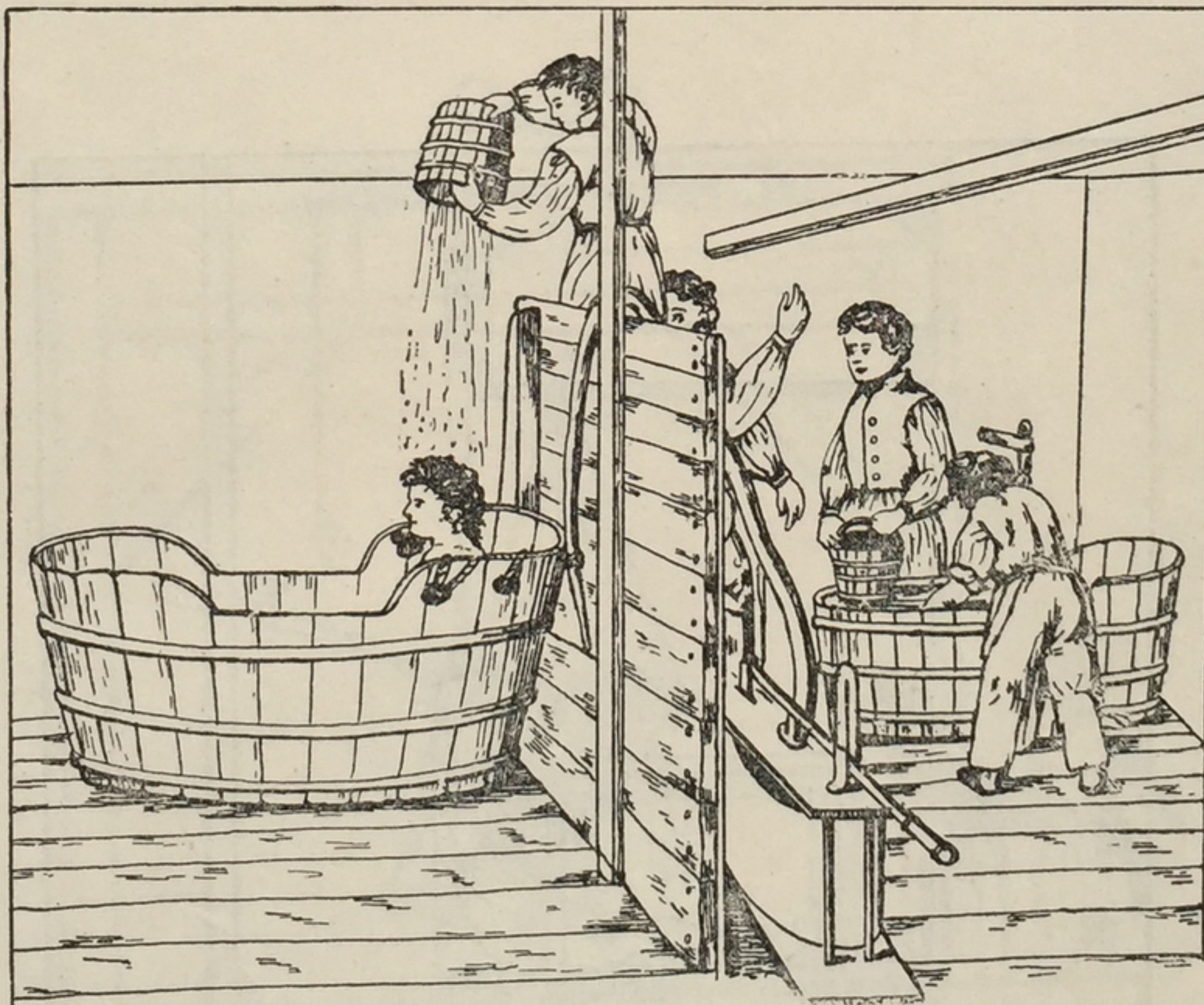


Рис. 31. Лечение по Горну (Horn) обливанием холодной водой.  
18-й — начало 19-го века.



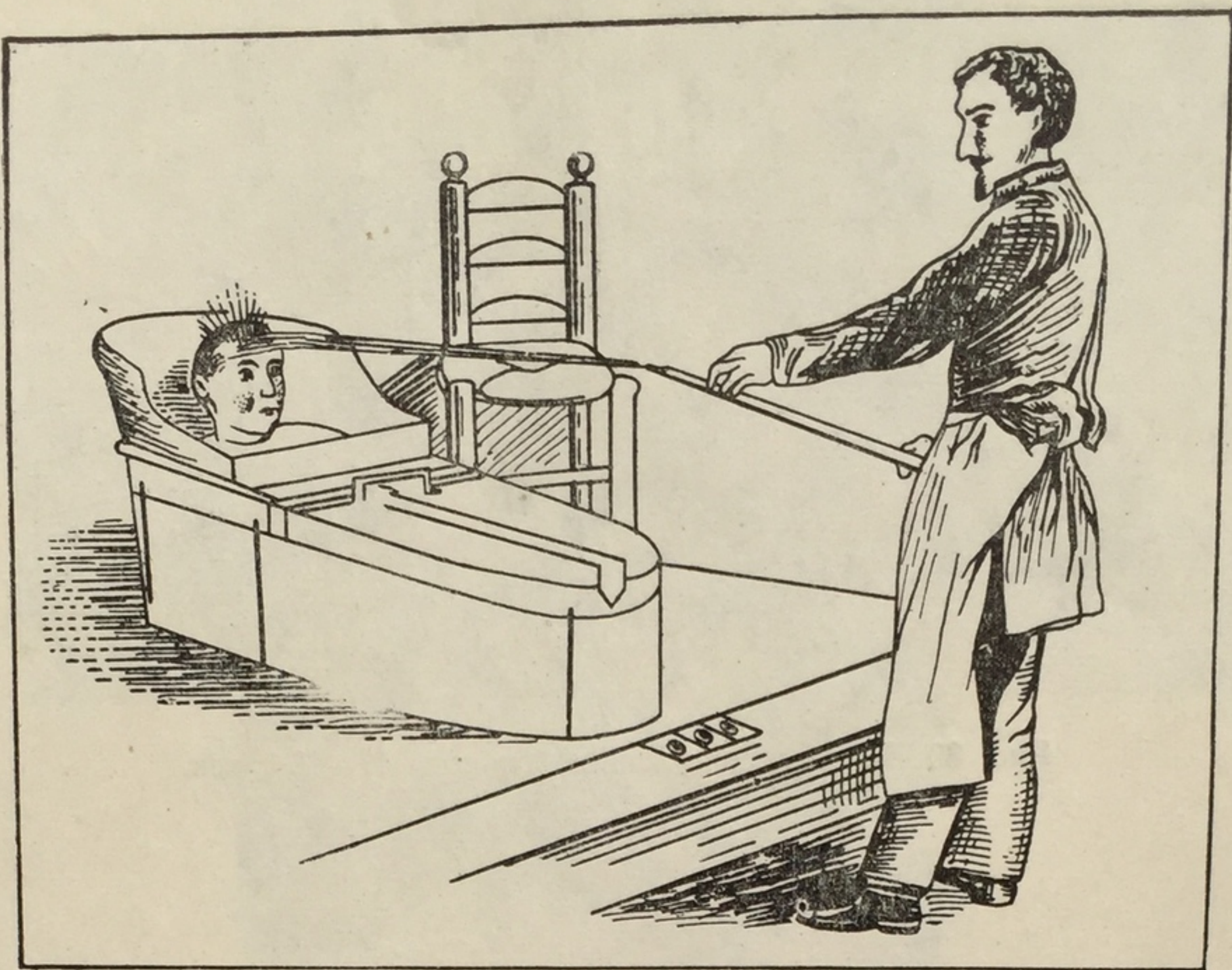


Рис. 32. Ванна с обрызгиванием ледяной водой. 18-й век.

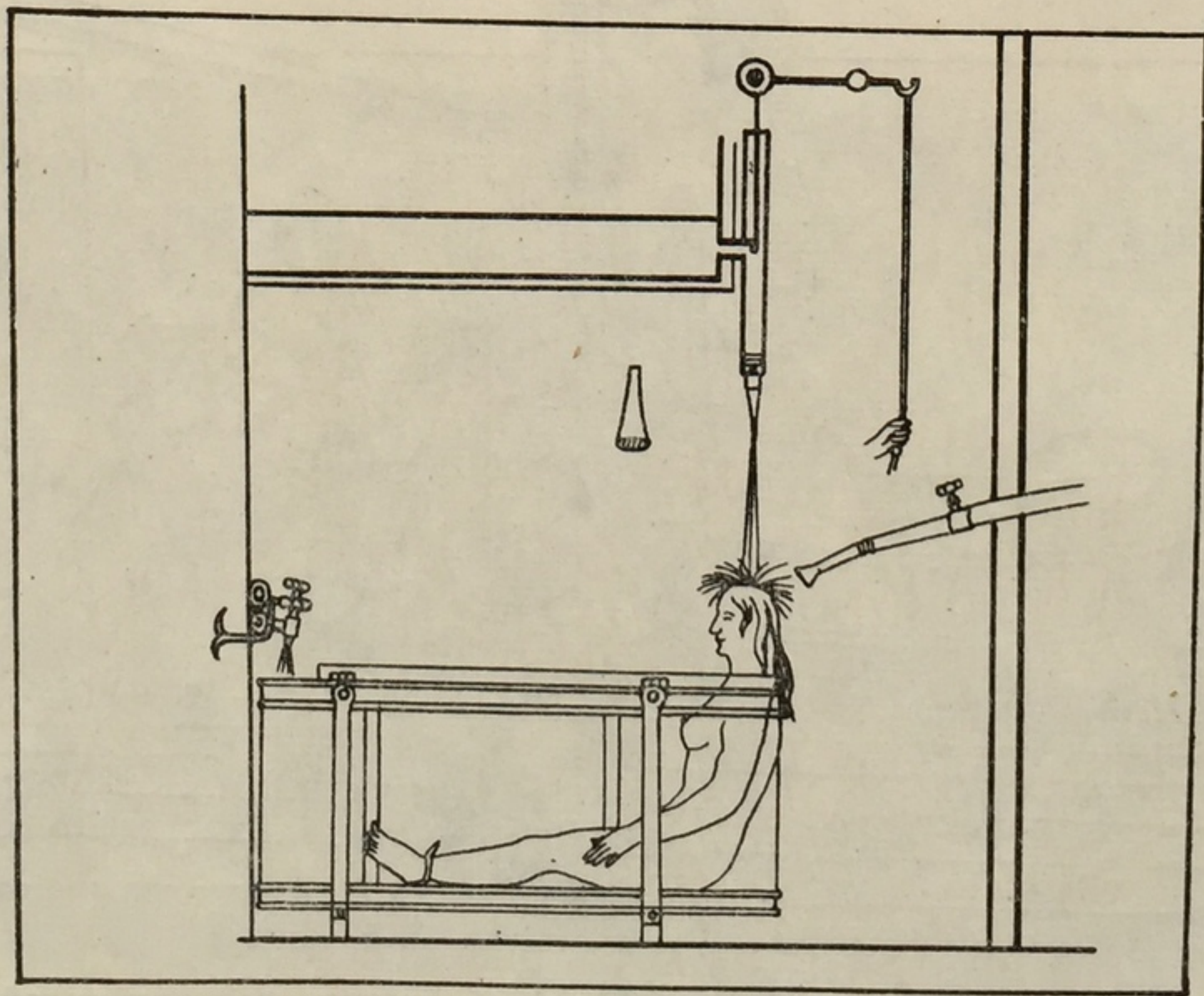


Рис. 33. Лечение тонкой струей холодной воды, падающей с высоты на темя. 18-й век.



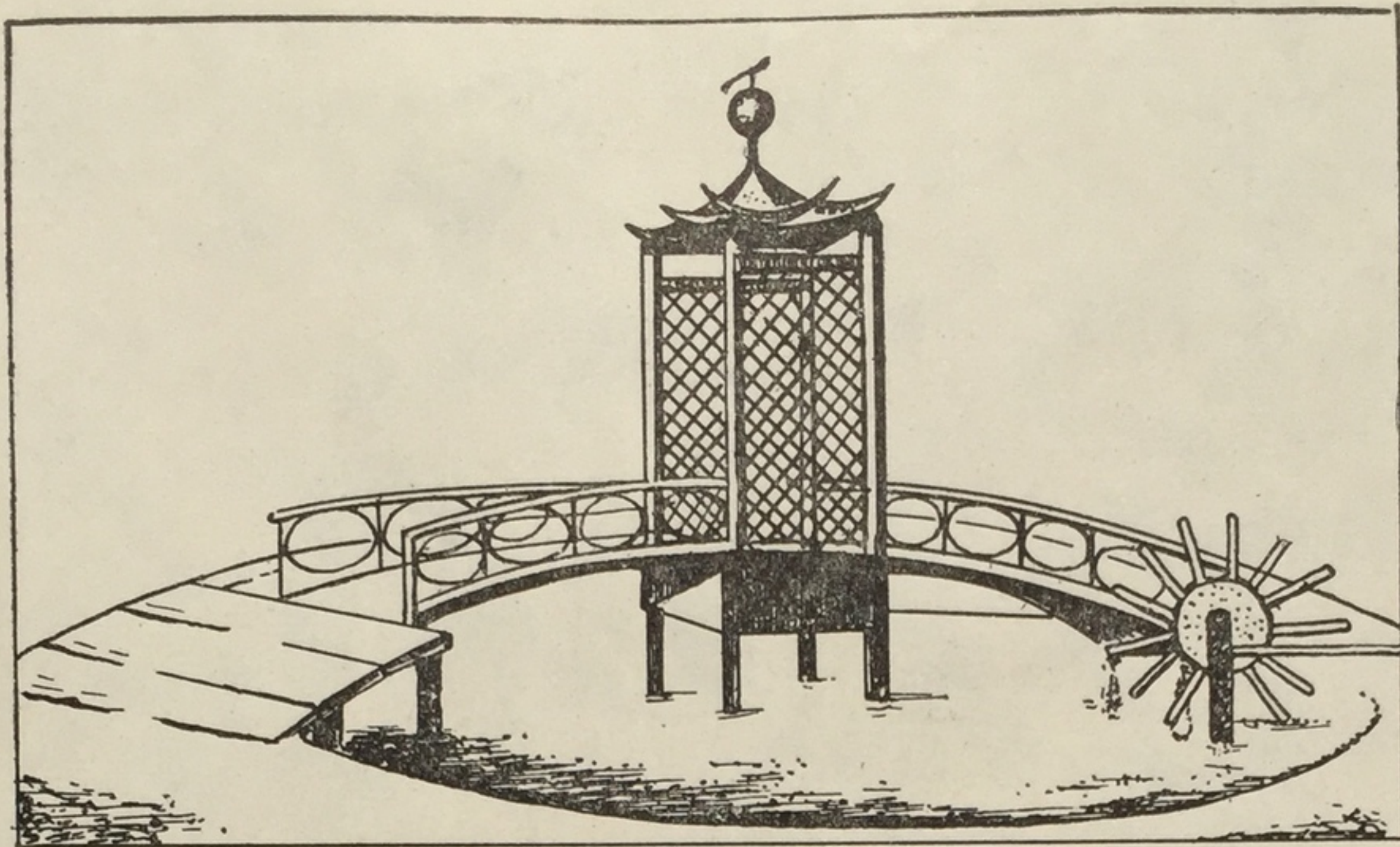


Рис. 34. Приспособление для погружения в воду — мостик с беседкой с устройством для внезапного провала в бассейн, 18-й век.

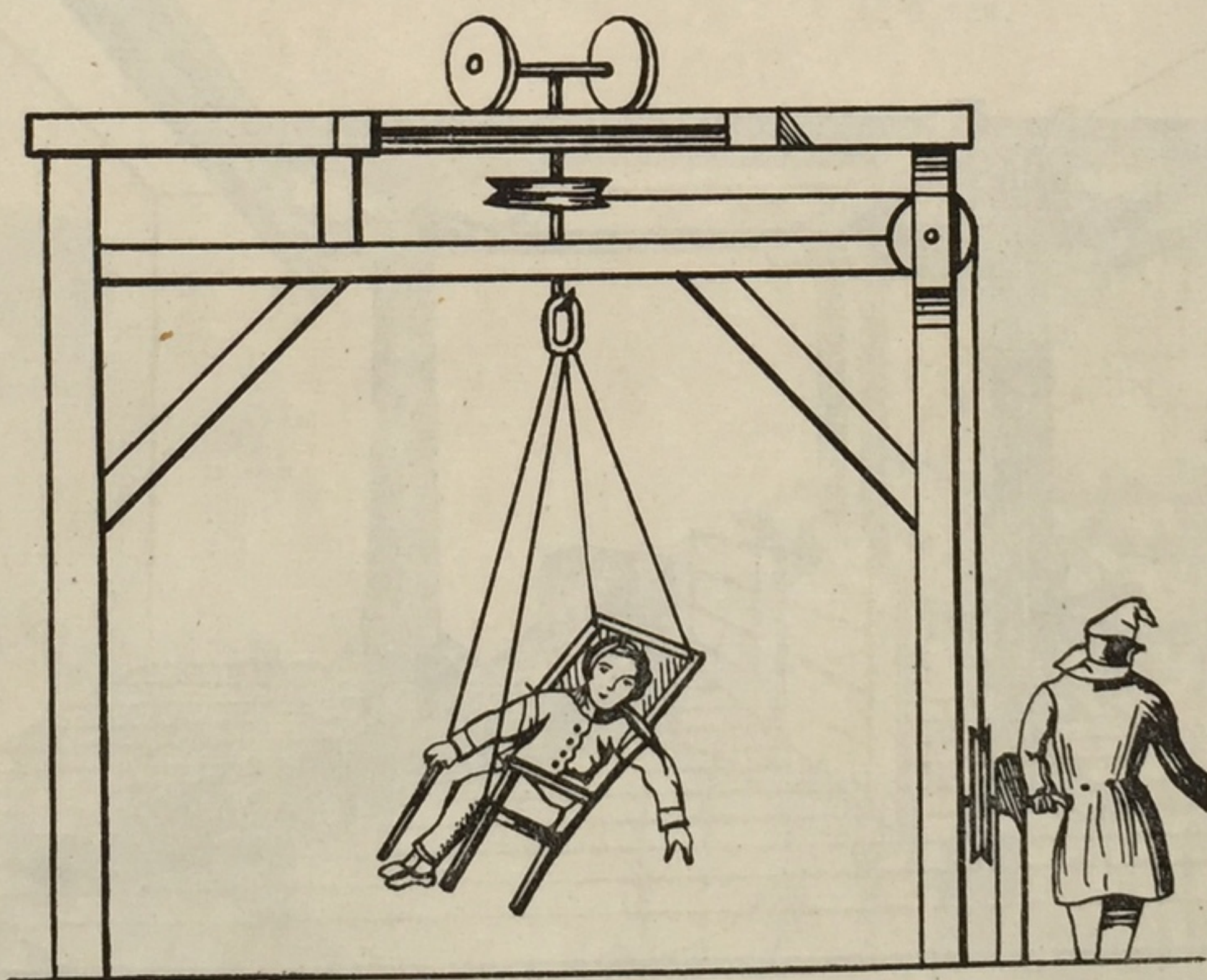


Рис. 35. Стул для вращения больных — по Эразму Дарвину и Коксу (Erasmus Darwin, Cox).



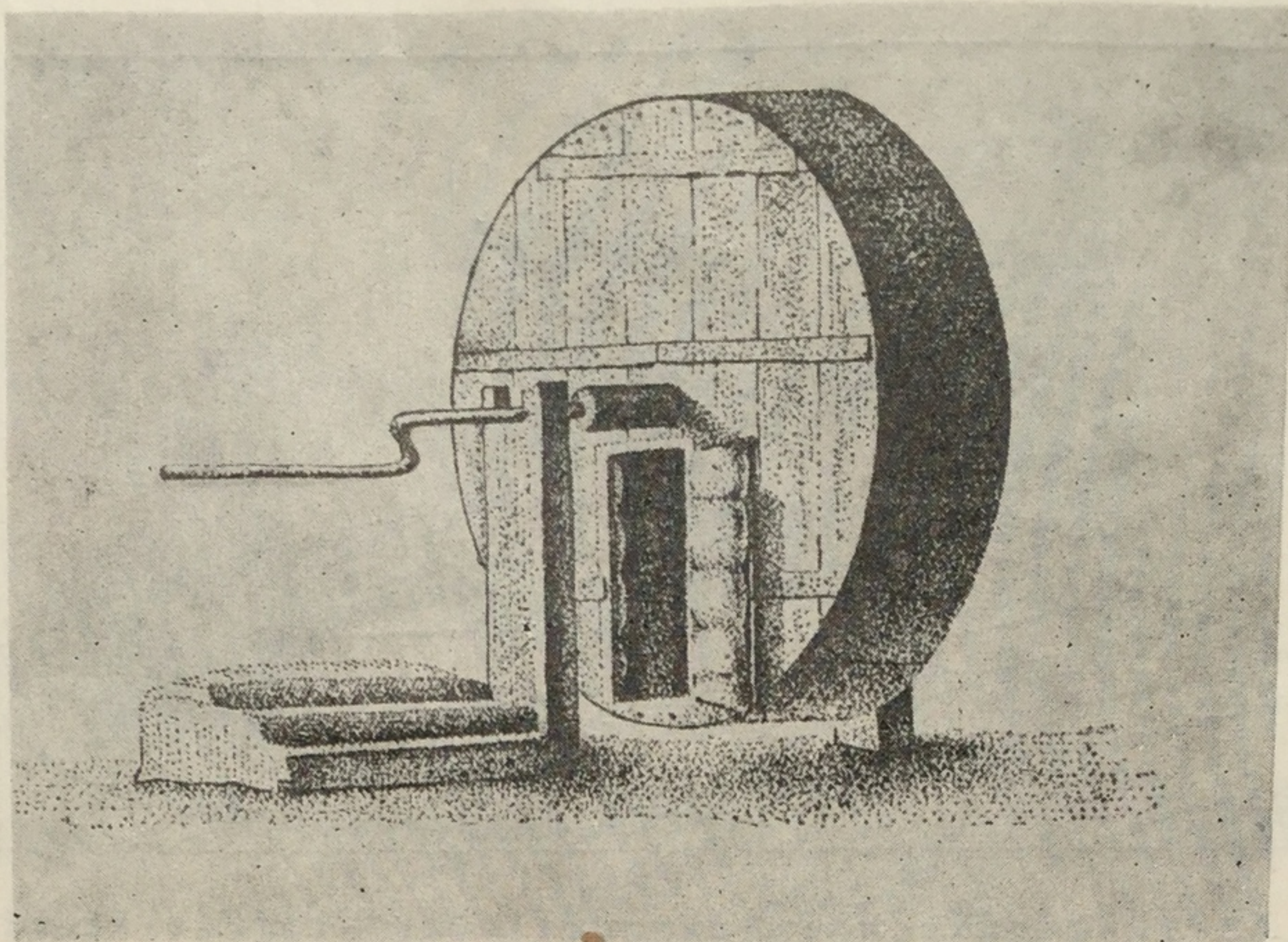


Рис. 36. Полое колесо — вращающийся барабан, изобретенный Гайнером (Наупер, 1818) по предложению Рейля (Reil, 1803).

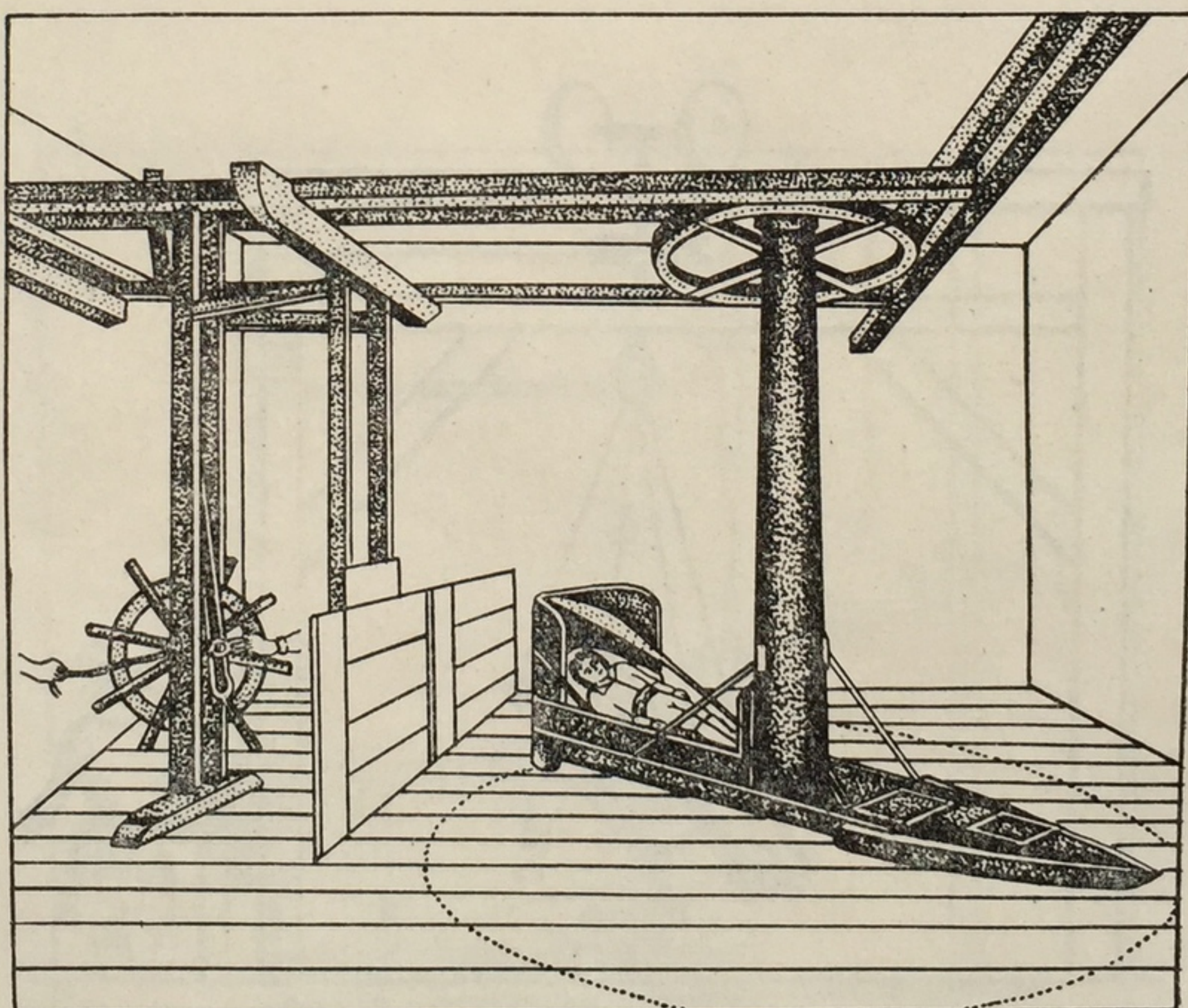


Рис. 37. Вращающаяся кровать — 40—60 оборотов в минуту для купирования возбуждения, по Эразму Дарвину и Коксу.



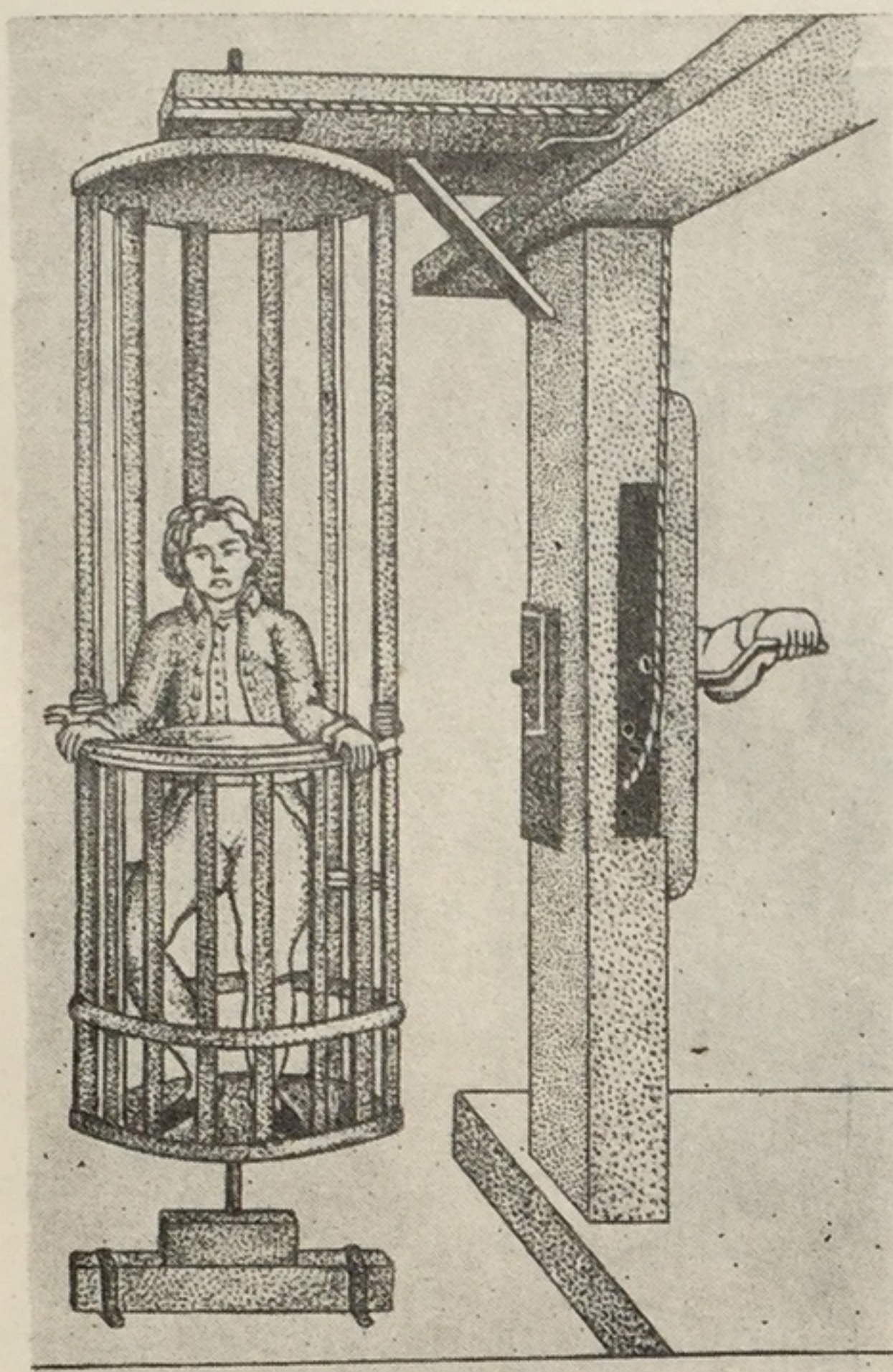


Рис. 38. Приспособление для вращения беспомощных больных. 18-й век.



Рис. 39. Больной в т. н. горячечной рубашке и фиксированными в железном цилиндре ногами, прикрепленный к стенке. 18-й век.



Рис. 40. Связанный больной в железной — проволочной маске. 18-й век.

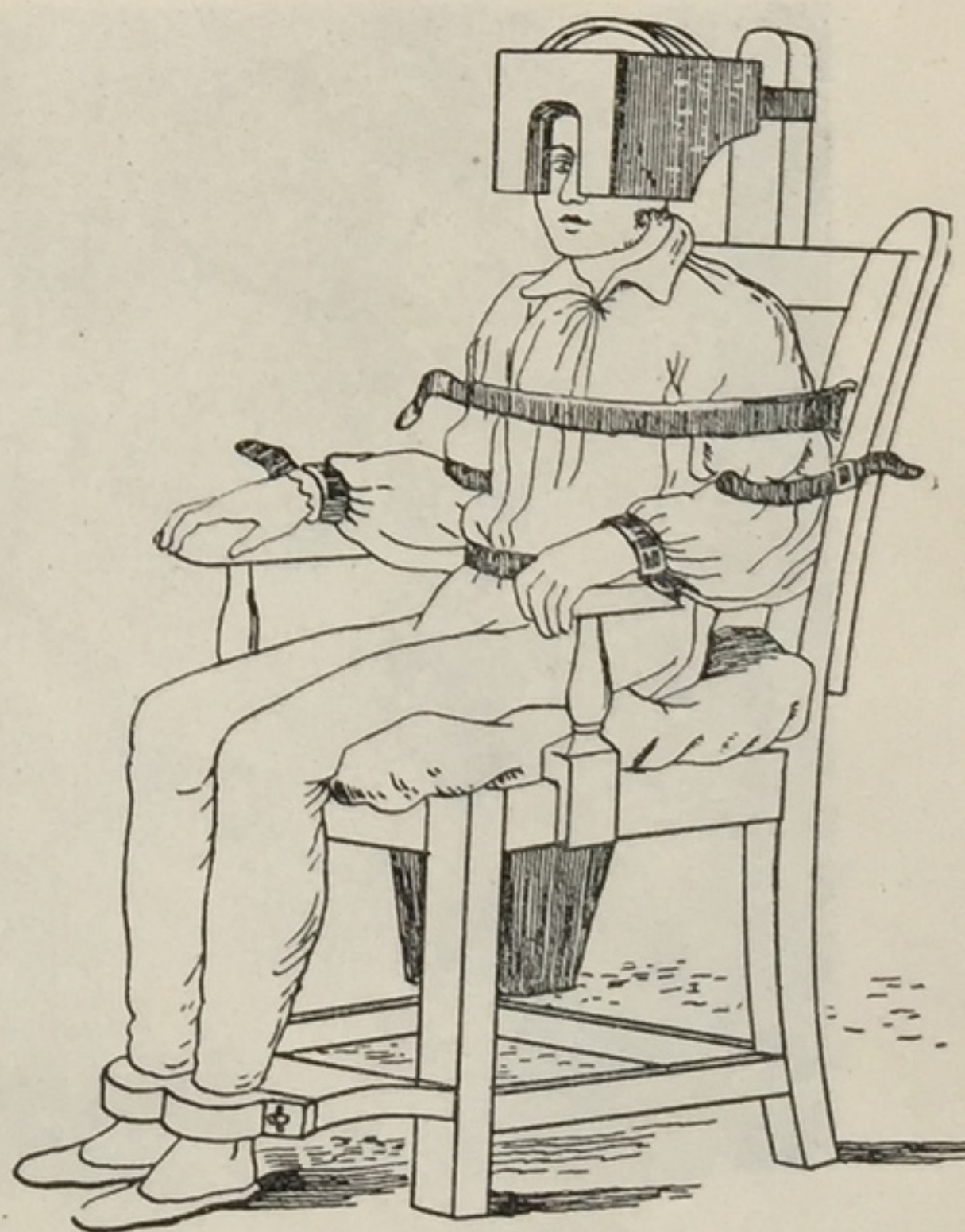


Рис. 41. Больной, фиксированный в специальном кресле. 18-й век.





Рис. 42. Стул для привязывания больных. 18-й век.

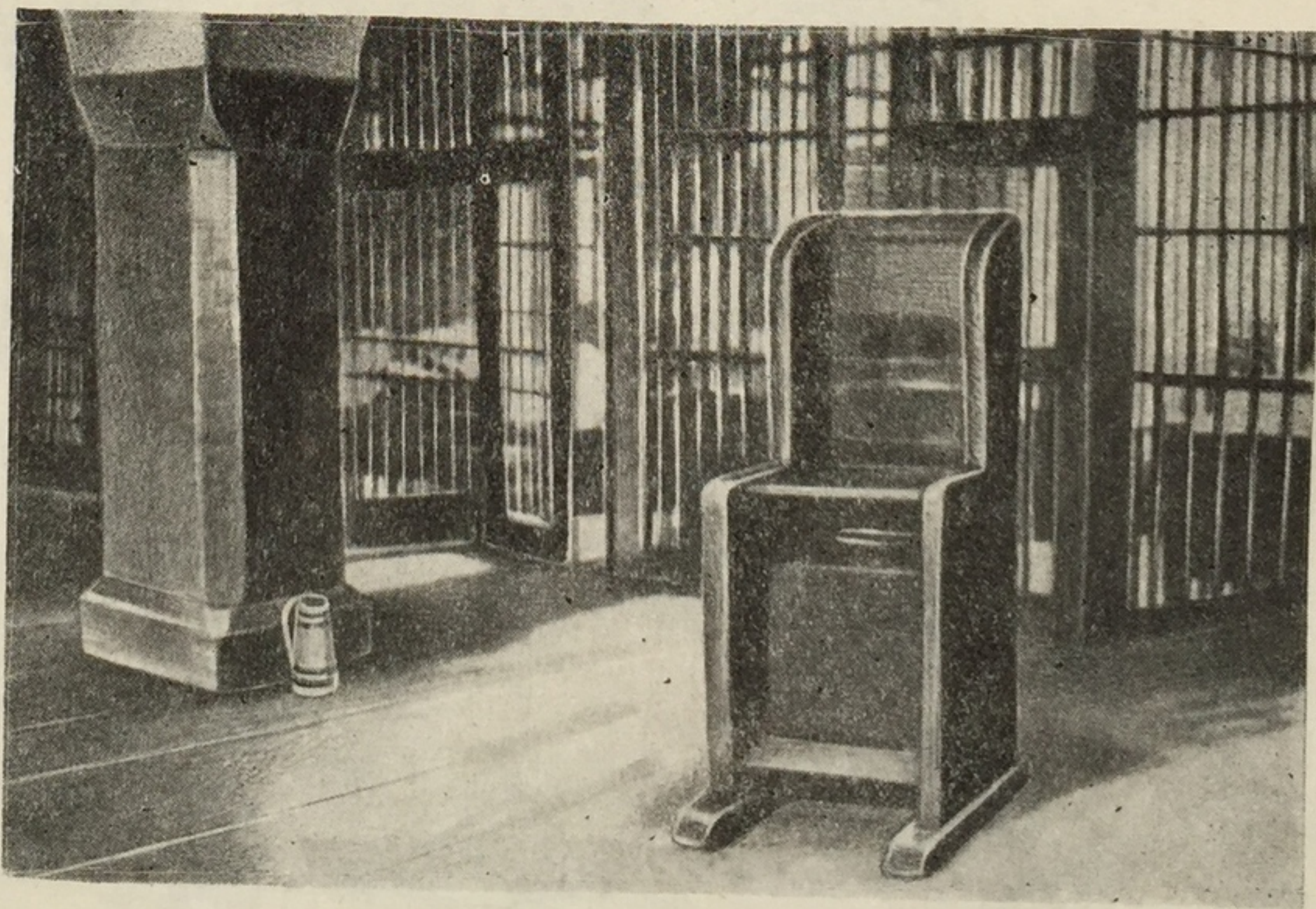


Рис. 43. Кресло, приспособленное для привязывания больных. 18-й век.  
(По Горну — Ногн, 1774—1848).



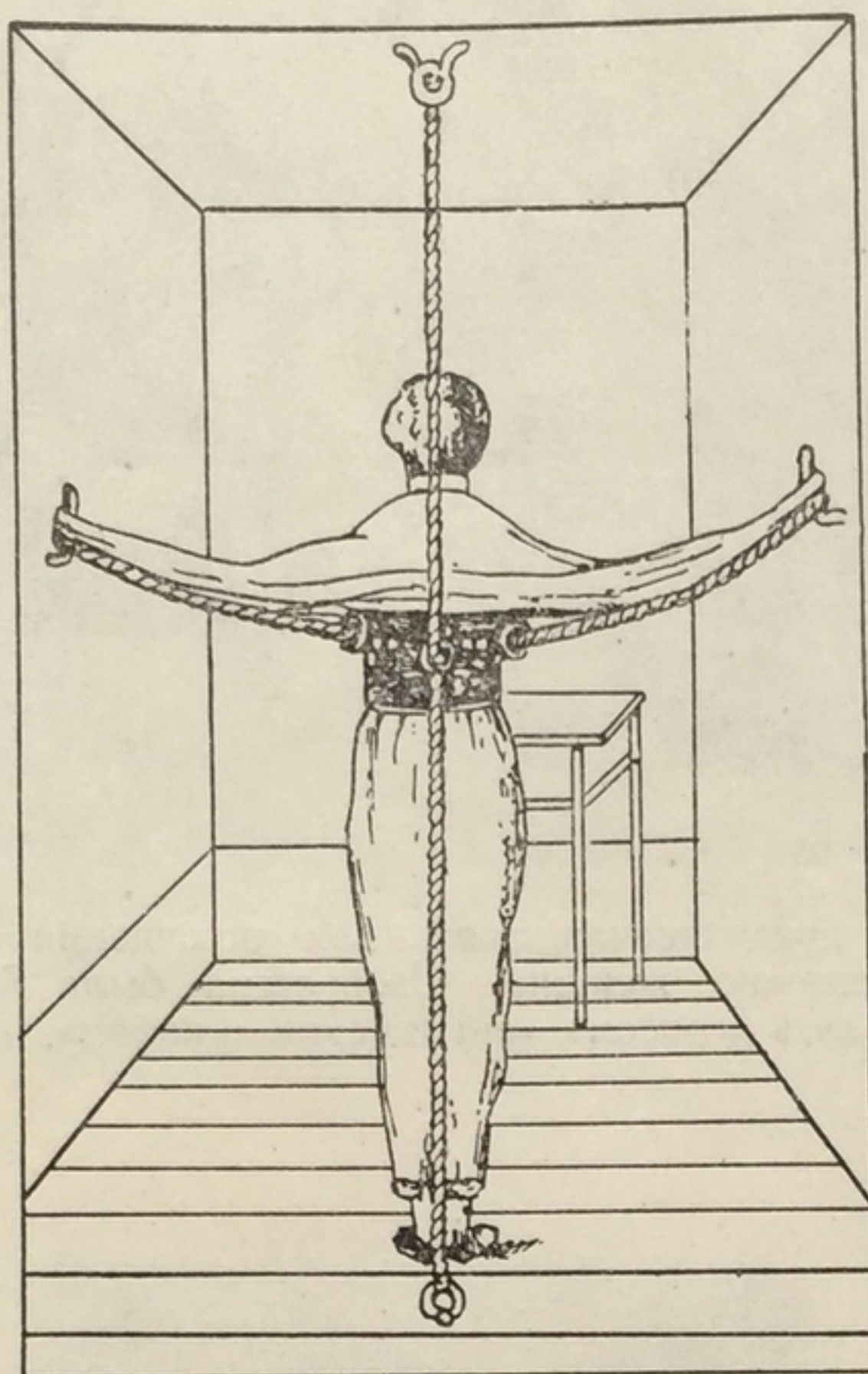


Рис. 44. Насильственное стояние больного, привязанного веревкой на 8—12 часов. 18-й — начало 19-го века.

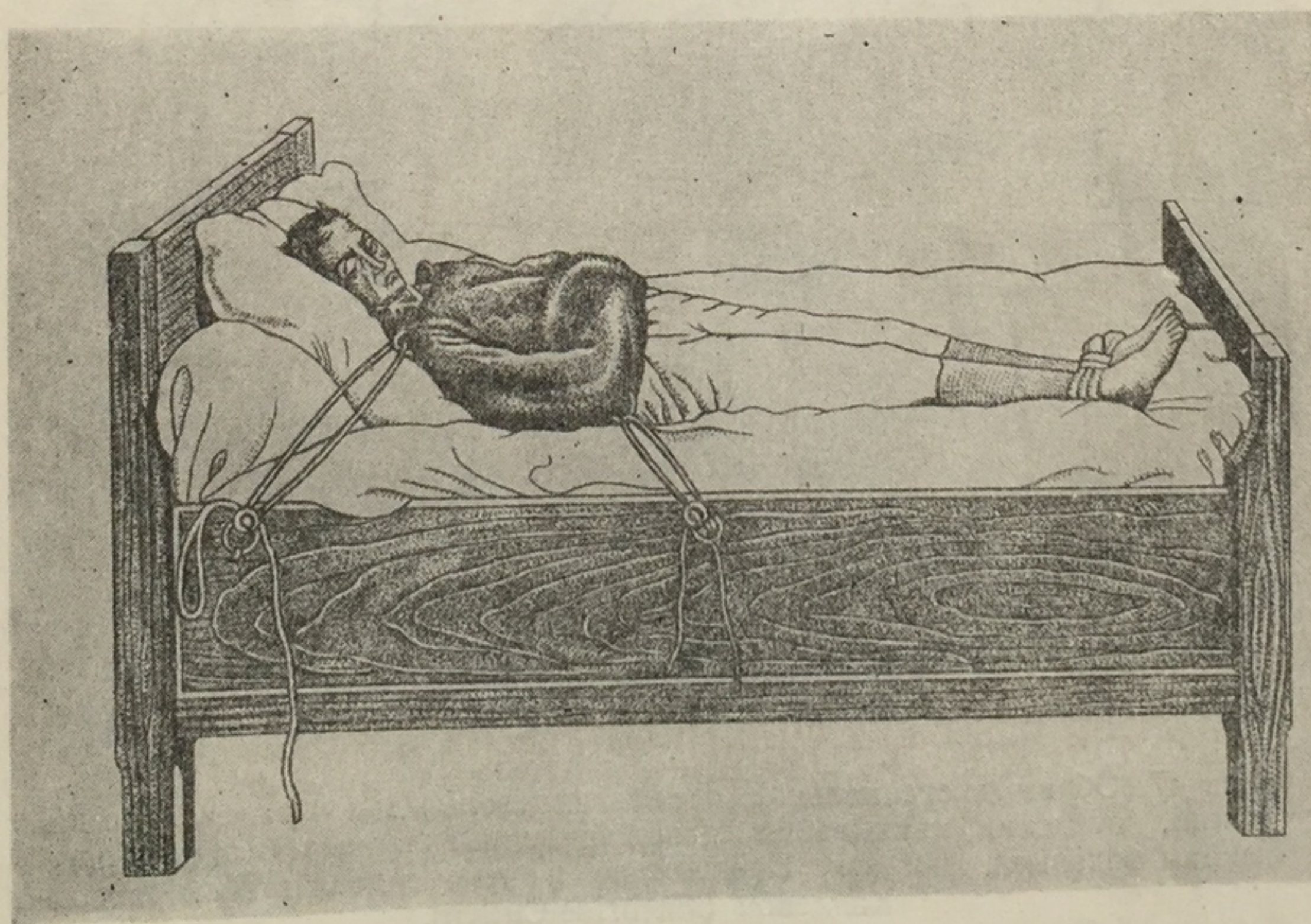


Рис. 45. Кровать для привязывания больных. 18-й — начало 19-го века.



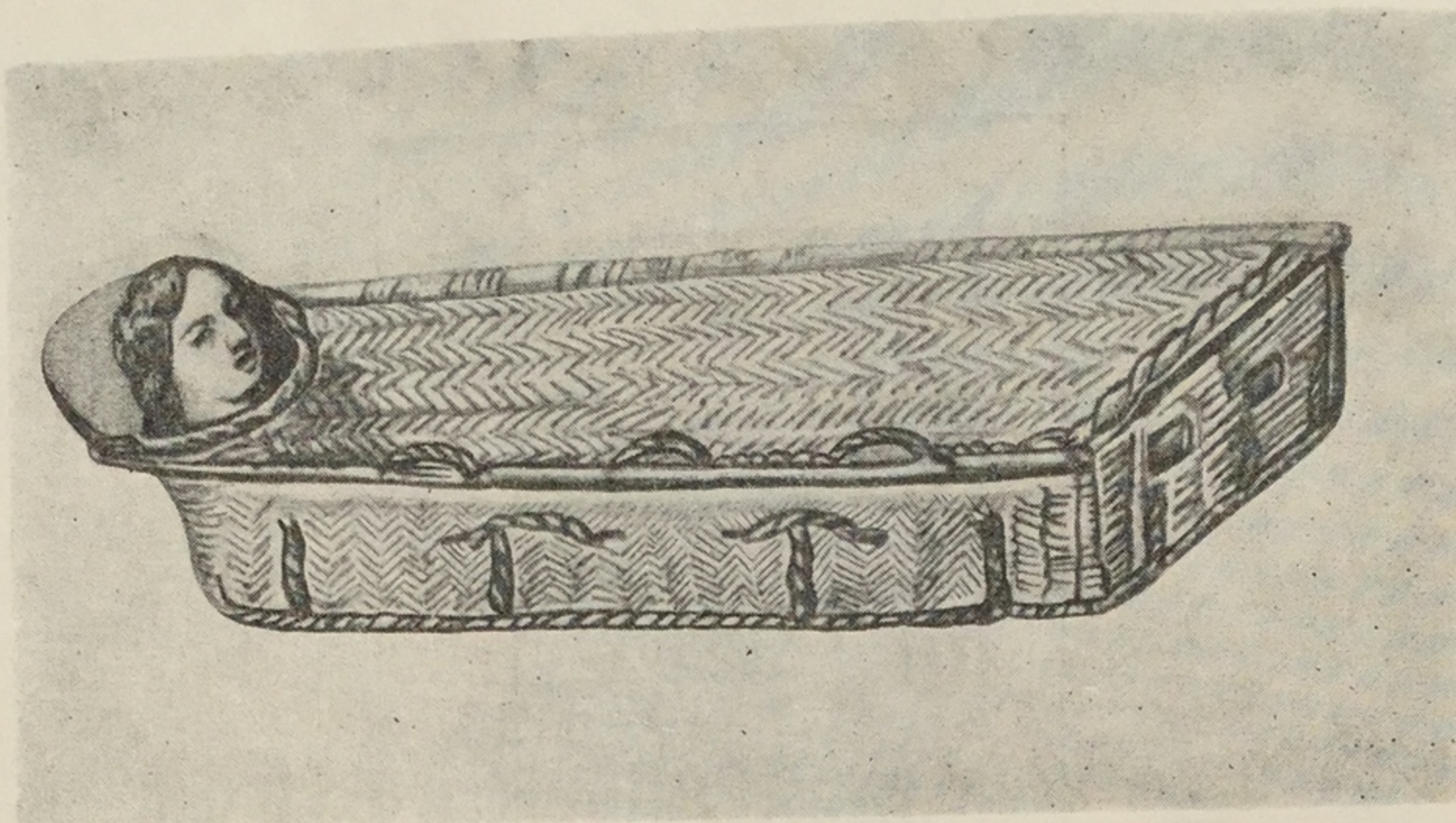


Рис. 46. Корзина, предназначавшаяся для помещения в нее беспокойных больных, преимущественно женщин. Изобретена была Гейнротом (Heinroth) (1773—1843), называлась «гробом», «английским шкафом», «часовым футляром».

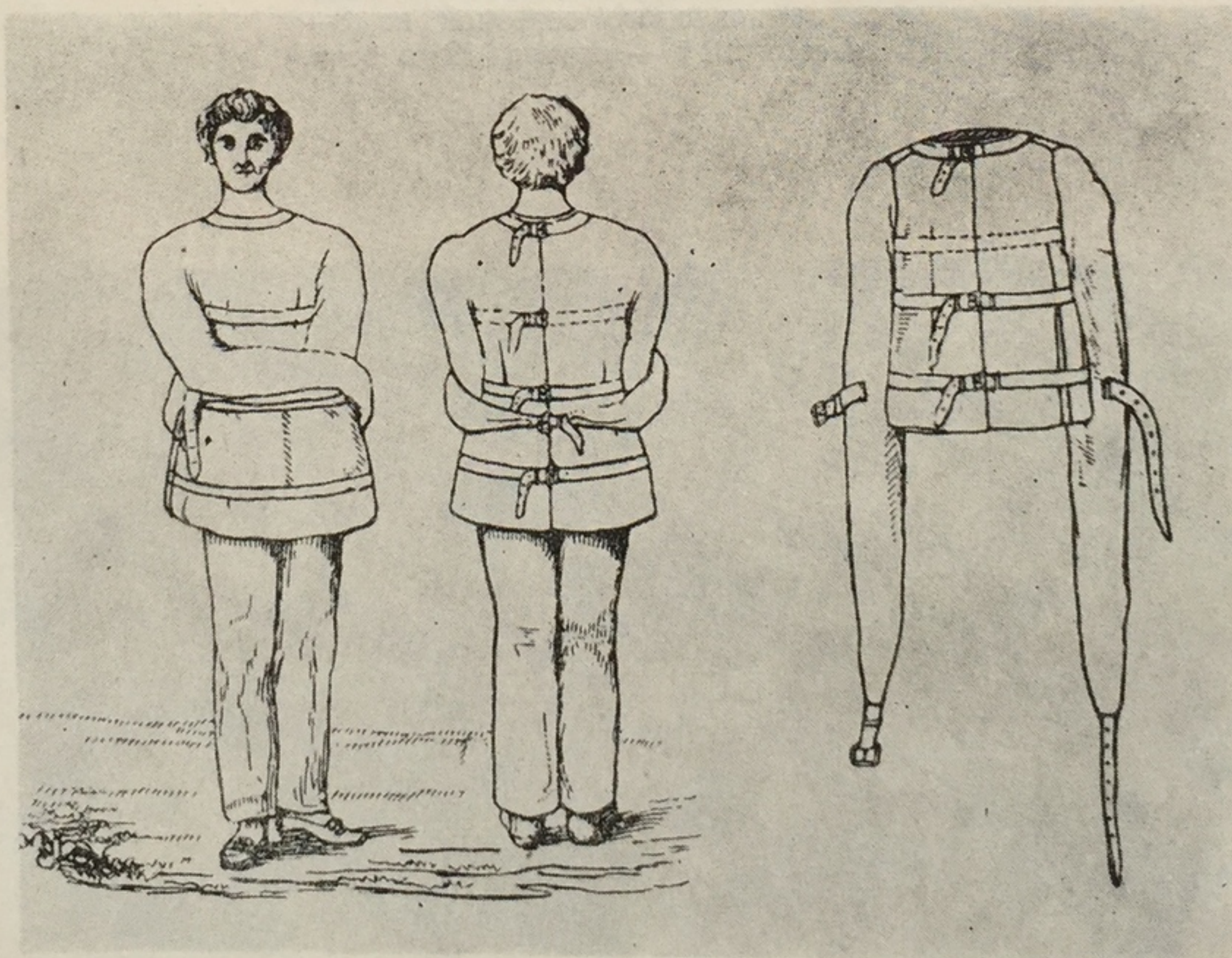


Рис. 47. Образцы специальной одежды (камзолы) для ограничения движений, стеснения, связывания беспокойных и склонных к самоповреждениям больных. 18-й век. Предложено и рекомендовано Макбрайдом-Калленом (Macbride-Cullen).



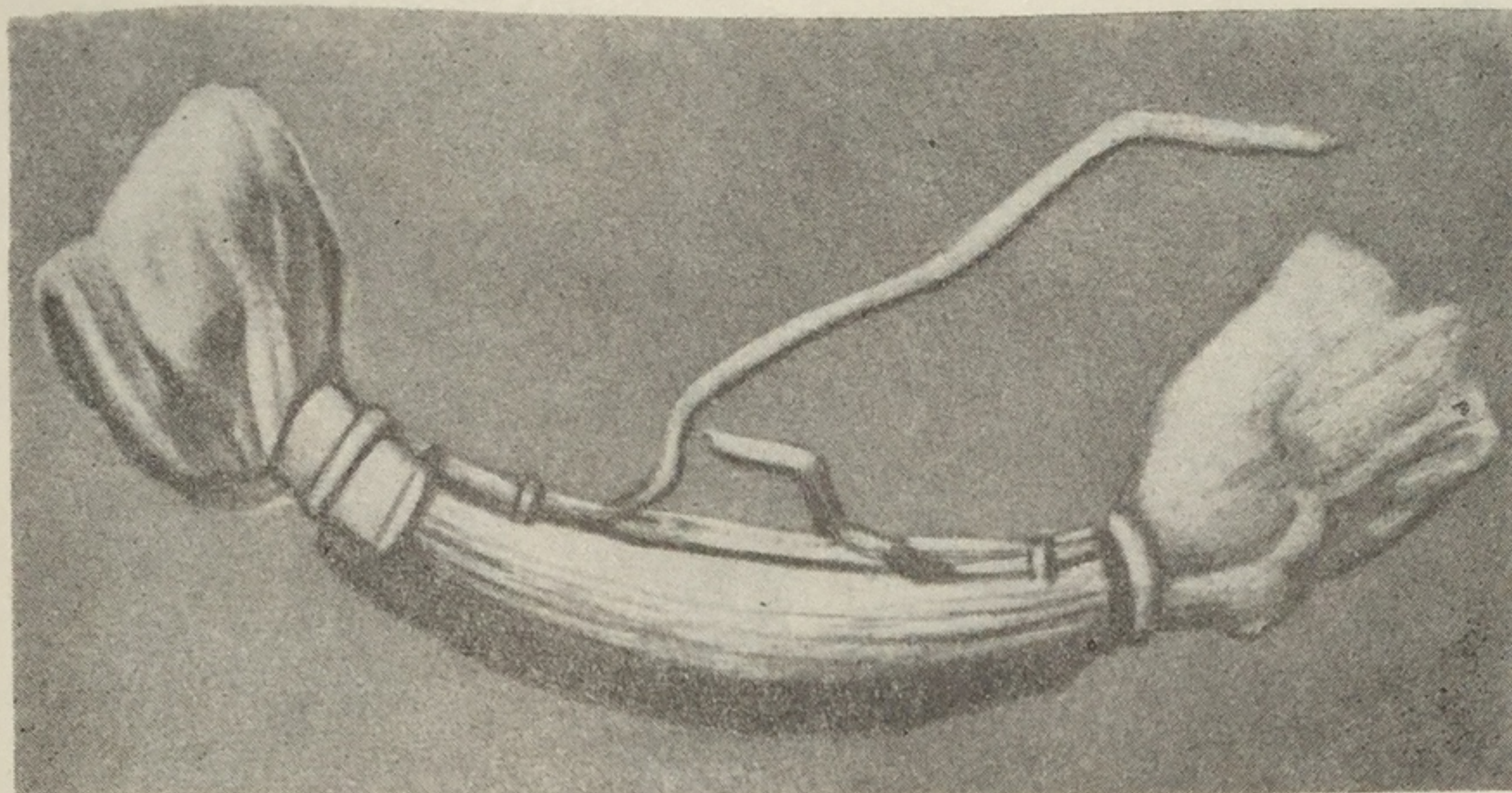


Рис. 48. Двойные кожаные перчатки, одевавшиеся в виде муфты — для склонных к самоповреждениям больных. Рекомендовано К. И. Нейманом (Neimann, 1814—1884).



Рис. 49. «Горячая рубашка» с завязанным в нее больным. В. Вейгандт (Wilhelm Weygandt). Атлас психиатрии, 1902.



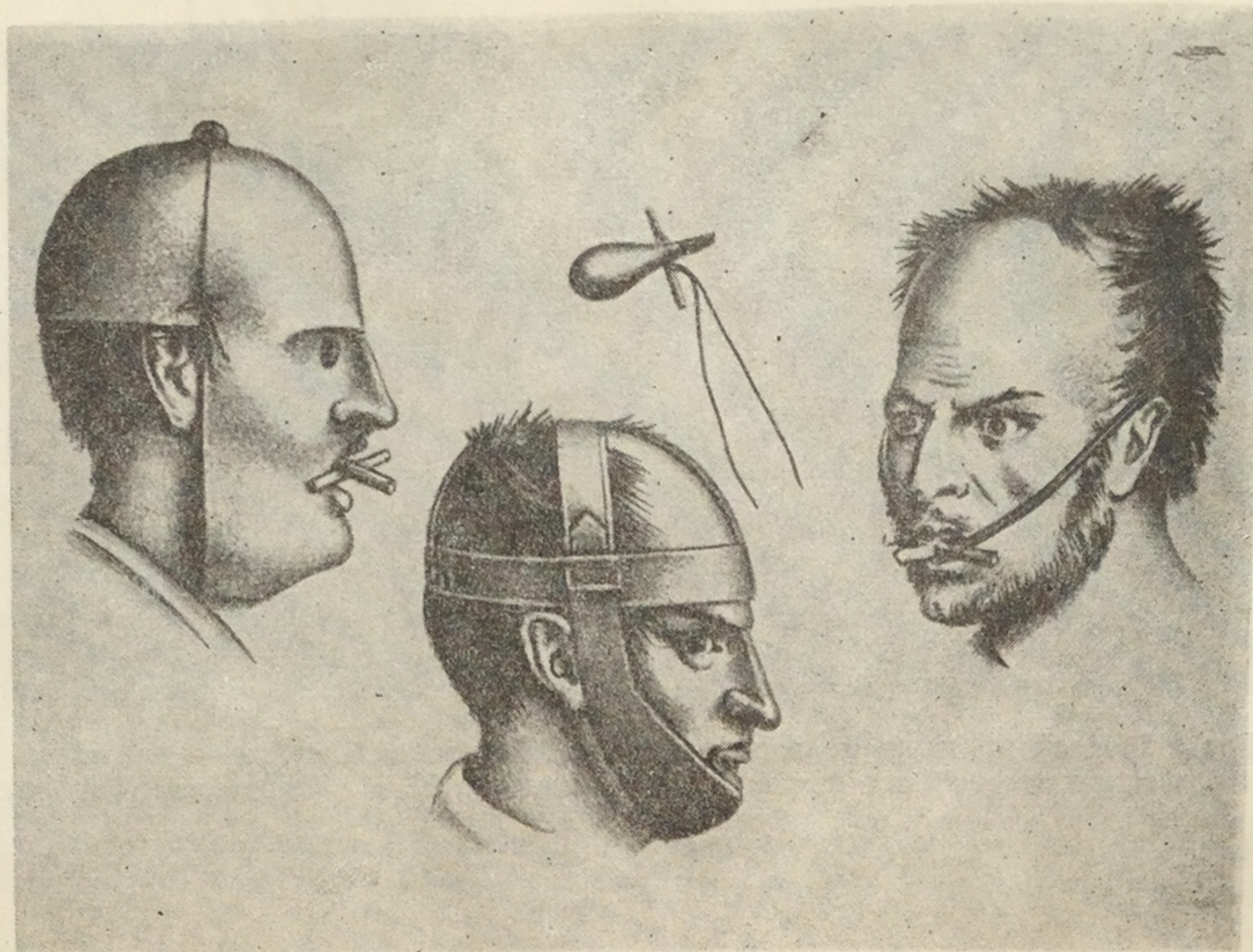


Рис. 50. «Маска» и «груши» Аутенрита (1772—1835).



Рис. 51. Ф. Пинель, освобождающий больных от цепей. Р. Флери (Robert Fleury).



Рис. 52. Франц Антон Месмер  
(1733—1815).



Рис. 53. Чан, устроенный (1779) Месмером в Париже для лечения при помощи «животного магнетизма», сущность которого как «взаимодействие при посредстве чрезвычайно тонкой жидкости планет, земли и животных тел» он изложил в своей диссертации под названием «De influxu planetarium in potipem» (1766). Больные держались за железные полосы, прикрепленные к чану и лечились «магнетизацией» Месмера. Месмеризм, магнетизм использовался в конце 18-го—начале 19-го века для понимания сущности гипноза, истерических реакций.





Рис. 54. Проверка анестезии у истеричной больной. Франция. Конец 18-го — начало 19-го века. А. Леман. Иллюстрированная история суеверий и т. д. М., 1900.

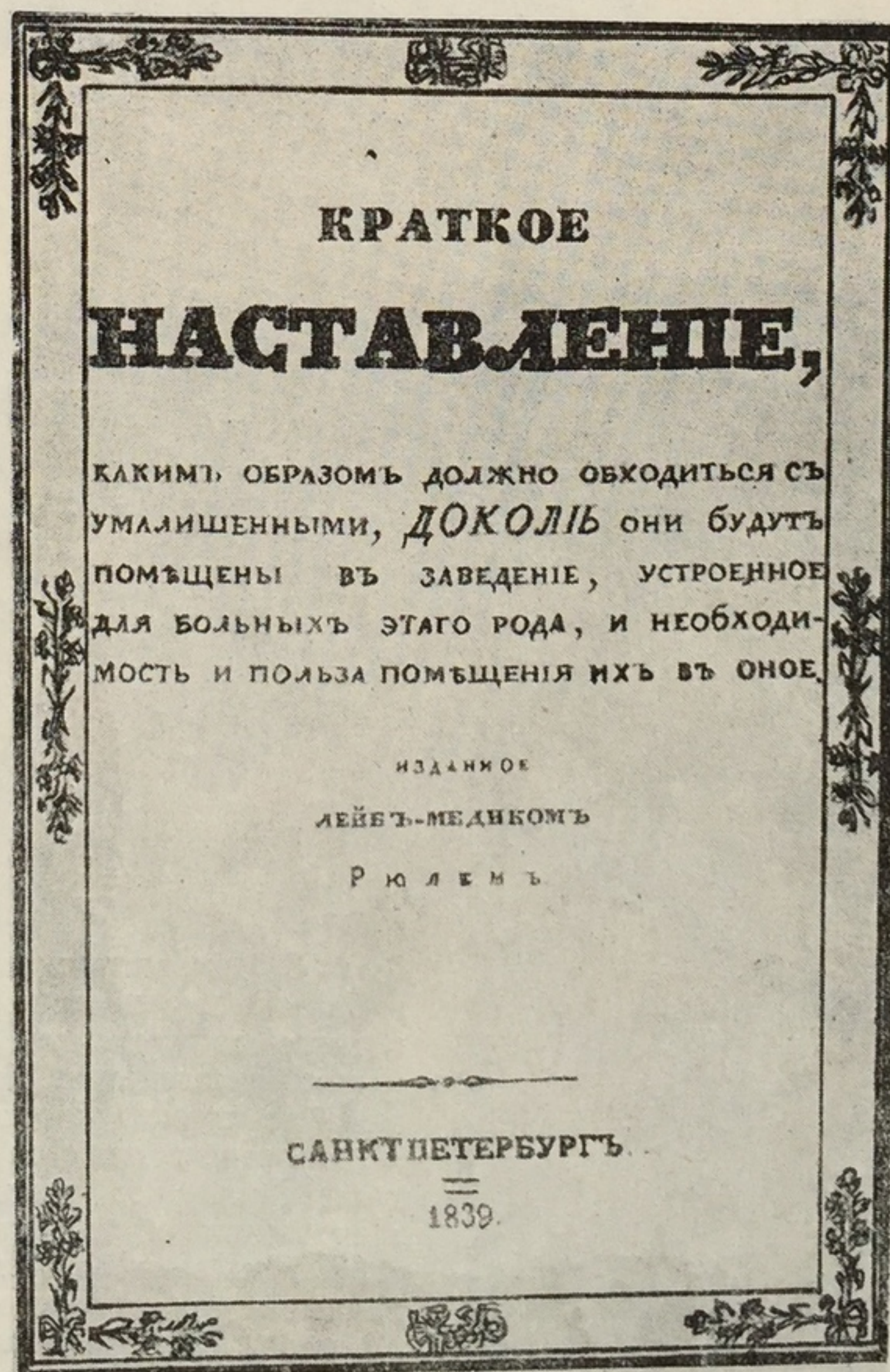


Рис. 55.



О домахъ для сѣ-  
ума сшедшихъ.

Въ разсужденіи установленія и над-  
зиранія дома для сѣ ума сшедшихъ,  
приказу общественнаго призрѣнія над-  
лежитъ имѣть попеченіе, чтобъ домъ  
избранъ былъ довольно пространный и  
кругомъ крѣпкій, чтобъ утечки изъ  
него учинить не можно было. Таковой  
домъ снабдить нужно пристойнымъ,  
добросердечнымъ, твердымъ и исправ-  
нымъ надзирателемъ и нужнымъ чи-  
словъ людей для смотрѣнія, услуженія  
и прокормленія сѣ ума сшедшихъ, къ  
чему нанимать можно или изъ отстав-  
ныхъ солдатъ добрыхъ и исправныхъ,  
или же иныхъ людей за добровольную  
плату, кои бы обходились сѣ ума  
сшедшими человеколюбиво, но при-  
томъ имѣли за ними крѣпкое и не  
ослабое во всякое время смотрѣніе,  
чтобъ сѣума сшедшій самъ себѣ и ни-  
кому вреда не учинилъ; и для того  
держатъ сѣ ума сшедшихъ по состоя-  
нію сѣума сшествія, или каждаго осо-  
бо заперта, или же въ такомъ мѣстѣ,  
гдѣ отъ него ни опасности, ни вреда  
учиниться не можетъ, и приложить  
стараніе о ихъ излѣченіи. Сѣума сшед-  
шихъ немущихъ принимаютъ безде-  
нежно, а имущихъ имѣніе принимаютъ  
въ домъ не иначе, какъ за годовую  
плату на содержаніе, присмотръ и на  
прислѣзниковъ.

Рис. 56. Указы императрицы Екатерины II (печатаны в Московской Сенатской типо-  
графии. 1789).



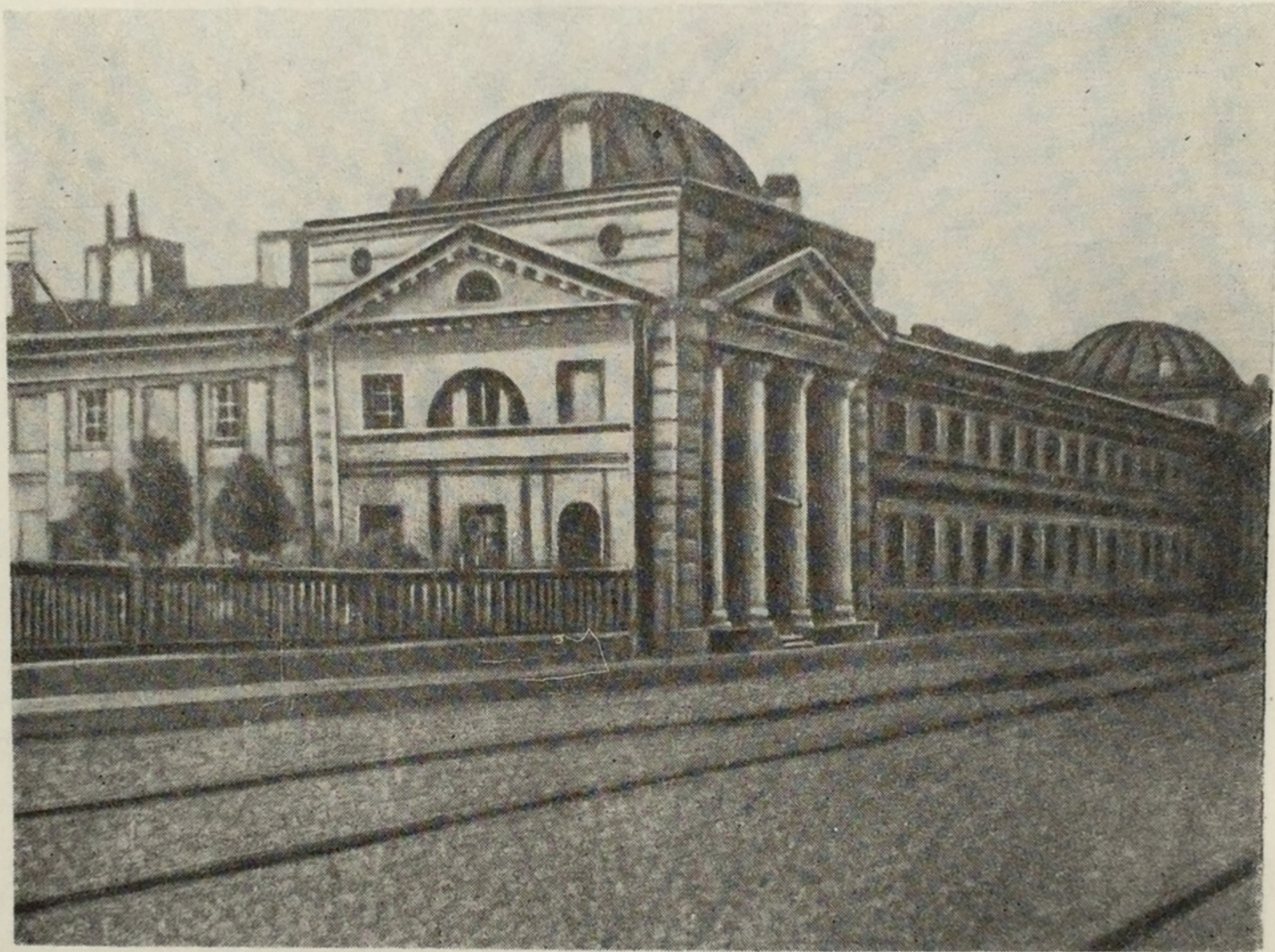


Рис. 57. Первая психиатрическая клиника в С.-Петербурге, учрежденная в 1859 г. Т. И. Юдин. Очерки истории отечественной психиатрии, 1951.

---



ДЕЯТЕЛИ  
ПСИХИАТРИИ



(1)  
ло  
по  
ли  
за  
ки  
но  
ло  
и  
п  
ча  
и  
си  
н  
ва  
х  
ц  
у  
ч  
ф  
м  
ж  
л  
у  
к  
ва  
ва  
р  
ч  
д  
т  
в  
со  
си  
по



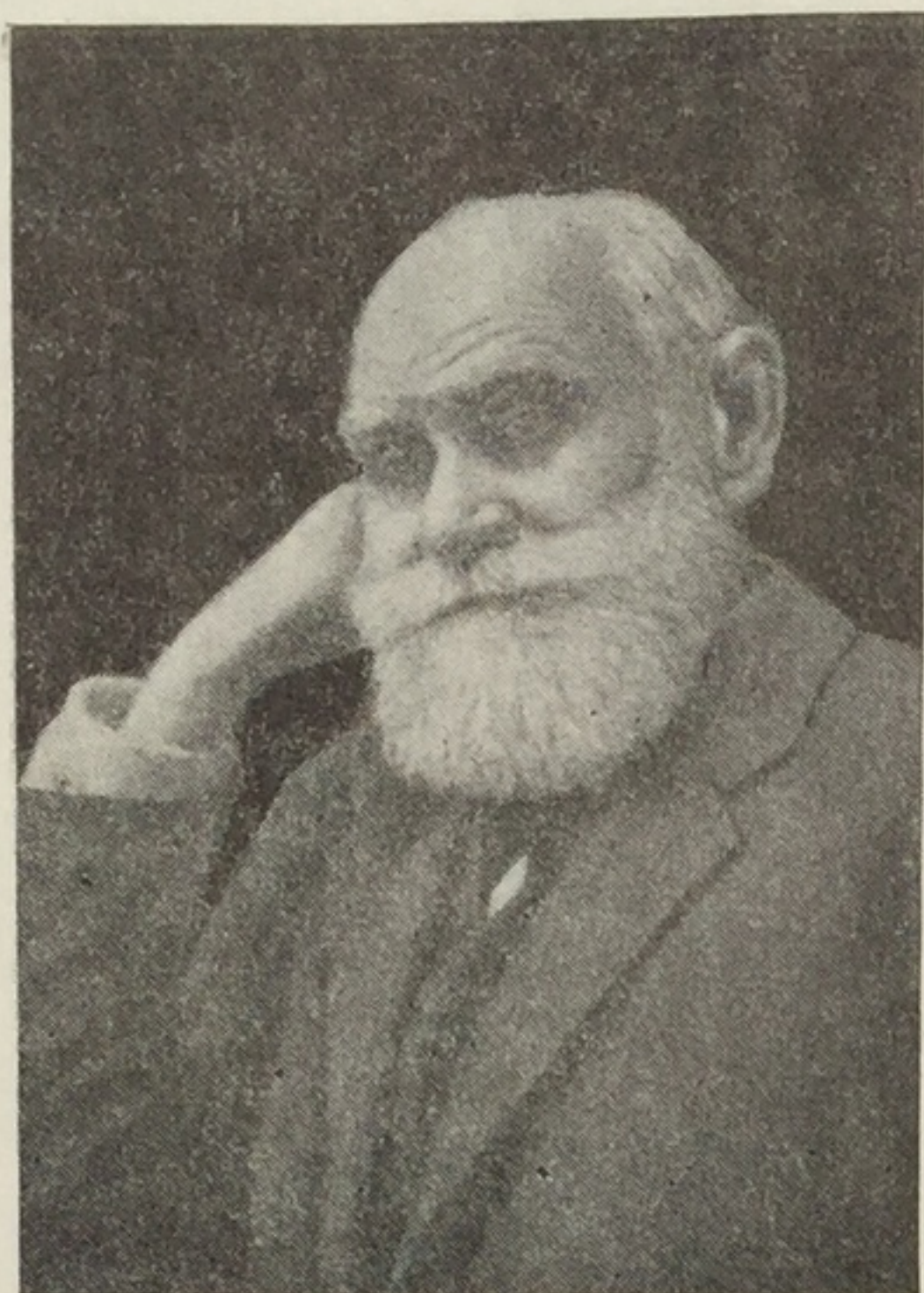
ИВАН МИХАЙЛОВИЧ СЕЧЕНОВ  
(1829—1905) — великий отечественный физиолог.

Заложил основы материалистической психологии, освободив эту науку от пут идеалистической философии. И. М. Сеченов показал возможность приложения физиологических знаний к явлениям психической деятельности. Книга И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга» (1863) была охарактеризована И. П. Павловым как первая настоящая попытка физиологически анализировать психическую деятельность. По определению И. П. Павлова, И. М. Сеченов первым в России начал научное изучение психических явлений. Труды И. М. Сеченова оказали большое влияние на развитие материалистической психиатрии. Выдвинув новое понимание ассоциаций, И. М. Сеченов нанес решительный удар по идеализму. И. М. Сеченовым было показано наличие электрической деятельности в мозгу, что явилось источником электроэнцефалографического метода исследования. И. М. Сеченов открыл центральное торможение. Он показал рефлекторную природу произвольных актов, заложил основы объективно-физиологического изучения двигательных проявлений, чем было положено начало развитию клинко-физиологического учения о двигательных симптомах. И. М. Сеченов много сделал для раскрытия физиологических основ психологической теории восприятия. Основоположники отечественной психиатрии, например С. С. Корсаков, придавали большое значение работам отечественных физиологов и в первую очередь трудам И. М. Сеченова. Его положения о роли «темных ощущений и чувств» имеют значение для понимания интерорецепции, различного рода дисфорий, патологии влечений.



Под влиянием И. М. Сеченова, а затем И. П. Павлова передовые деятели отечественной науки явились проводниками материалистических идей в психиатрии. Благодаря работам И. М. Сеченова и И. П. Павлова, трудам советских психиатров, создано патофизиологическое понимание психических расстройств, получены новые данные о патогенетической сущности психозов и неврозов, их лечении и предупреждении.





ИВАН ПЕТРОВИЧ ПАВЛОВ (1849—1936) — великий советский физиолог. «И. П. Павлов — создатель физиологии коры головного мозга, открывший при помощи метода условных рефлексов основные законы высшей нервной деятельности. Павловская физиология коры головного мозга дала возможность физиологически объяснить ряд таких расстройств, которые ранее оставались совершенно непонятными (негативизм, кататонический акинез, природа гипноза и т. д.)... учение И. П. Павлова позволило истолковать и обосновать также ряд лечебных мероприятий... (охранительная терапия, длительный сон и др.). В работах И. П. Павлова мы находим стройные физиологические концепции по поводу ряда расстройств, которые он имел случай наблюдать в психиатрической

кой клинике. В своих речах, статьях, лекциях Иван Петрович анализирует патофизиологические механизмы шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, паранойи, бреда, неврастении, истерии, психастении, навязчивых состояний, разбирает действие гипноза, механизм действия на нервную систему различных медикаментов, применяемых в психиатрической клинике, дает разбор типов нервной системы у людей и т. д.» (Е. А. Попов).

Значение трудов И. П. Павлова и его школы для психиатрии обнаруживается в объективно-научном изучении патогенеза и лечения психических заболеваний, понимании психического заболевания как заболевания мозга и всего организма, в деле устройства психиатрических учреждений, организации психиатрической помощи. Перестройка психиатрии на основах физиологического учения И. П. Павлова является важнейшим достижением советского здравоохранения, советской психиатрии.

Создание учения о высшей нервной деятельности чрезвычайно способствовало разоблачению идеалистической психологии. Учение И. П. Павлова о сигнальных системах имеет важное значение для марксистско-ленинской теории познания, является естественнонаучной основой ленинской теории отражения, расширяет естественнонаучные основы диалектического материализма. Учение И. П. Павлова разрушает метафизические представления о законах психической деятельности. Проникнутое идеей развития, оно дает материалистическое объяснение психическим функциям, обогащает конкретными положениями философский материализм и диалектику применительно к природе, оно является оружием в идеологической борьбе с противниками материализма, с реакционно-идеалистическими концепциями в биологии, психологии, медицине (например, с фрейдизмом, психосоматической медициной и т. д.). Развитие рефлекторной теории, принципы детерминизма, единство анализа и синтеза, взаимосвязи в деятельности различных систем в организме, взаимосвязи структуры и функции, являются выражением диалектико-материалистических положений физиологического учения И. П. Павлова.



(1849—  
физиолог.  
иологии  
ий при  
в основ-  
льности.  
ловного  
огически  
в, кото-  
непонят-  
акинез,  
учение  
овать и  
роприя-  
тельный  
лова мы  
концеп-  
которые  
атричес-  
изирует  
ссивного  
язчивых  
нервную  
й клини-  
опов).

наружи-  
ических  
я мозга  
органи-  
х физио-  
нием со-

способ-  
Павлова  
нинской  
и теории  
го мате-  
авления  
гия, оно  
богачает  
у приме-  
е с про-  
циями в  
осомати-  
ципы де-  
ельности  
являют-  
ологиче-

ПАВЕЛ ДМИТРИЕВИЧ ШИПУЛИНСКИЙ — адъюнкт-профессор Военно-медицинской академии в С.-Петербурге. В 1835 году, когда последовало утверждение нового устава высших медицинских учебных заведений в С.-Петербурге, как и в других высших учебных заведениях, «профессор клиники внутренних болезней должен был преподавать на 4-м курсе и учение о душевных болезнях» (Т. И. Юдин). Несмотря на то, что П. Д. Шипулинский уклонялся от преподавания психиатрии (оно передавалось Зейдлицу, О. И. Мянновскому, Г. К. Кулаковскому, который, как и П. Д. Шипулинский, составил «Записки по психиатрии», состоявшие из трех отделов: *Aberrationes primordiales*, *Aberrationes sensum*, *Aberrationes motu.*), в 1845 году он представил программу преподавания психиатрии, содержащую 5 разделов психиатрии: a) *Neurose sub forma laesiae sensibilitatis*, b) *Sub forma laesiae motilitatis*, c) *Mixtae*, d) *Nervoses speciales organum*, e) *Sub forma alienationis functionum psychicarum*.

«Адъюнкт-профессор П. Д. Шипулинский должен считаться первым официальным преподавателем психиатрии в Академии и в России вообще» (В. П. Осипов).

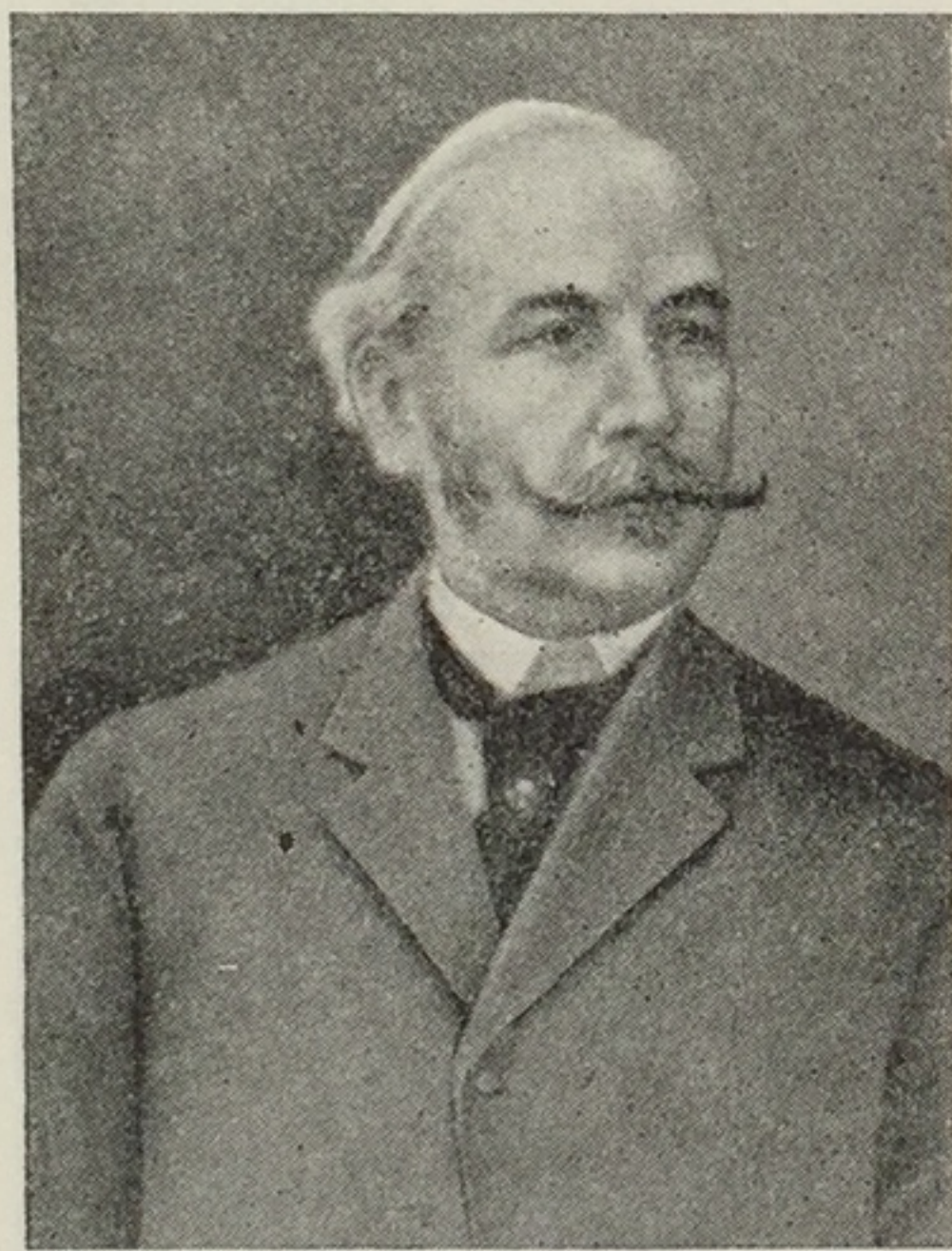


ИВАН МИХАЙЛОВИЧ БАЛИНСКИЙ (1827—1902) в 1846 году окончил Медико-хирургическую академию в С.-Петербурге. Защитил диссертацию на ученую степень доктора медицины на тему: «*Conspectus hystoricus in febris doctrinam*». В 1856 году И. М. Балинский был назначен адъюнкт-профессором Медико-хирургической академии, в течение года читал курс лекций по детским болезням. В 1857 году И. М. Балинскому была поручена организация кафедры психиатрии, клиники и ведение преподавания психиатрии в качестве самостоятельной дисциплины. В 1859 году была открыта клиника для душевнобольных, преобразованная из психиатрического отделения при 2-м Военно-сухопутном госпитале (проект преобразования был в 1858 году представлен И. М. Балинским). В том же году была открыта при клинике амбулатория. И. М. Балинский разработал учебную программу психиатрии. В 1867 году И. М. Балинским была построена новая клиника для душевнобольных, устроенная на глубоко продуманных И. М. Балинским особенностях психиатрического учреждения, обеспечивающего наилучший уход и лечение больных, возможности преподавания и научного исследования. В 1857—1859 гг. были написаны лекции И. М. Балинского





(гектографированное издание, С.-Петербург, 1859. Лекции по психиатрии, Медгиз, 1958). И. М. Балинскому принадлежит приоритет в создании учения о психопатиях. Им был предложен термин «навязчивые идеи». И. М. Балинский был одним из основоположников судебно-психиатрической экспертизы. По инициативе И. М. Балинского, психиатрическая секция (существовавшая с 1859 г.) С.-Петербургского медицинского общества была реорганизована в «Общество С.-Петербургских врачей для помешанных». И. М. Балинский был первым председателем первого в нашей стране общества психиатров. Учениками И. М. Балинского были И. П. Мержеевский, А. Е. Черемшанский, И. Р. Пастернацкий, Б. А. Шпаковский, Л. Ф. Рагозин, М. П. Литвинов и др. На могильной плите И. М. Балинского высечены слова, написанные им самим по латыни: «Hic jacet Johannes Balinski Michaeli et Sophiae filius in anno 1827—1902. Mente insanorum amicus et servus». («Здесь покоится Иван Балинский сын Михаила и Софьи в годы 1827—1902. Друг и слуга душевнобольных»).



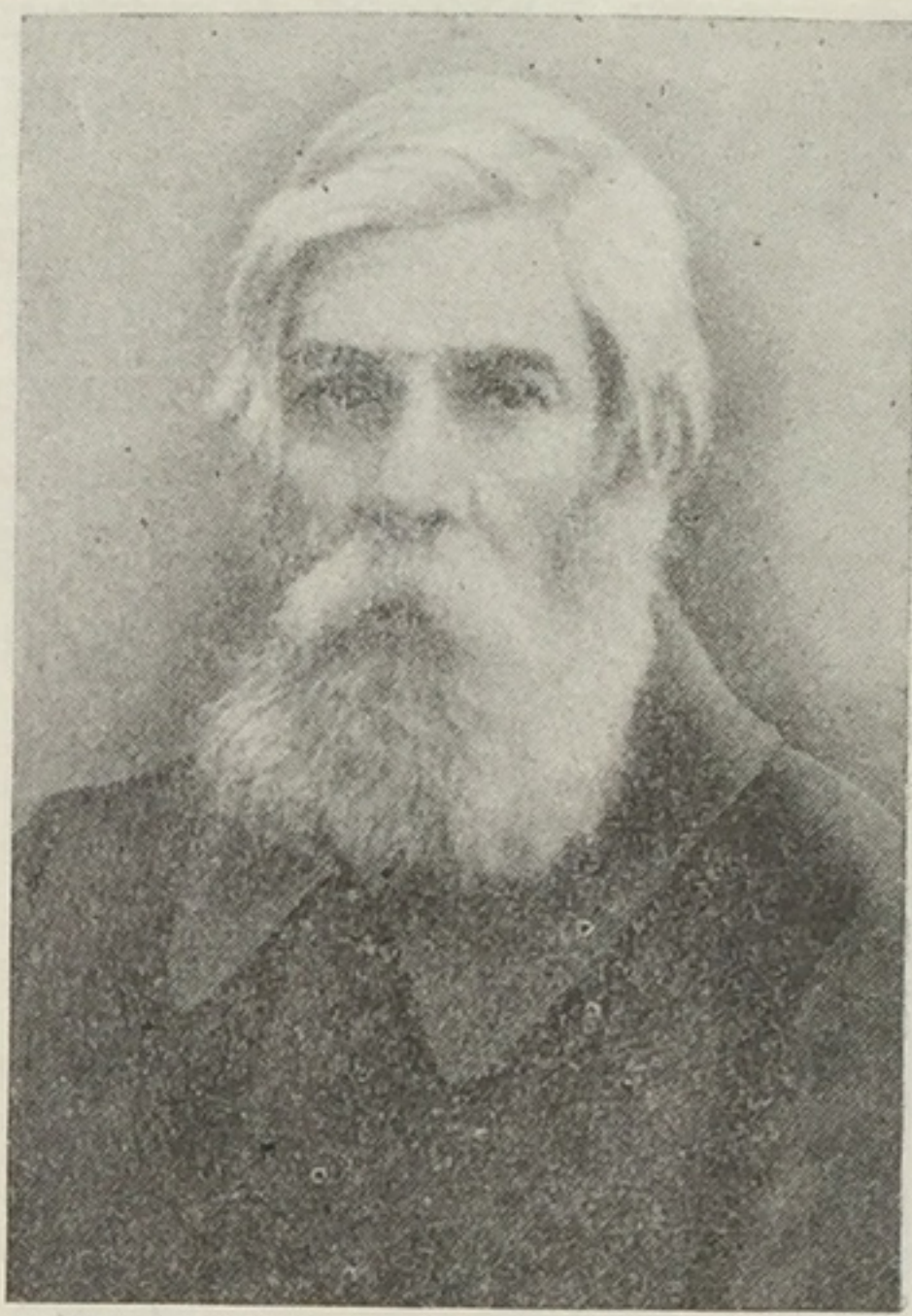
**ИВАН ПАВЛОВИЧ МЕРЖЕЕВСКИЙ** (1838—1908) — один из основоположников отечественной психиатрии. Окончил Медико-хирургическую академию в С. Петербурге, работал в клинике, возглавлявшейся профессором И. М. Балинским, после него был избран профессором и директором клиники душевных и нервных болезней Академии. Изучал соматические расстройства при психических заболеваниях, что развивало заложенное И. М. Балинским клинико-физиологическое направление в изучении психических заболеваний, отразившееся в защищенной И. М. Мержеевским в 1865 году диссертации «Клинические исследования о неистовых (vesapici) больных». Им и его учениками изучались патологогистологические изменения

при различных заболеваниях головного мозга. И. П. Мержеевским были описаны патологоанатомические особенности при олигофрении. В 1882 году И. П. Мержеевский впервые разработал отдельные программы по преподаванию психиатрии и нервных болезней. И. П. Мержеевский воспитал многих видных психиатров и невропатологов — В. М. Бехтерева, Л. В. Блюменау, В. Ф. Чижа, О. О. Мочутковского, Я. А. Анфимова, А. Е. Щербака и др.

ВЛА  
РЕВ (18  
психиатр  
психиатр  
и лабора  
патолого  
гический  
федру не  
медицин  
Организ  
Бехтере  
рохирур  
низовал  
В 1918  
изучени  
Им откр  
учение о  
ного моз  
разработ  
тельных  
лексов  
и синдр  
позвоно  
тическа  
жечкова  
болеван  
терапия  
ревоспи  
В.  
метод и  
в сочета  
с метод  
рожден  
ний сер  
денных  
ческим  
В.  
но-псих  
ния нер  
торной  
терапии  
ского  
заболе  
мозга»,  
«Колле  
внушен  
В.  
изучени  
чения  
мышеч  
вой пр  
чувств  
чувств  
На  
был на



ВЛАДИМИР МИХАЙЛОВИЧ БЕХТЕРЕВ (1857—1927) — выдающийся невролог, психиатр. С 1885 года заведовал кафедрой психиатрии в Казани, где основал клинику и лабораторию, Казанское общество невропатологов и психиатров и журнал «Неврологический вестник». С 1893 года возглавил кафедру невропатологии и психиатрии Военно-медицинской академии в С.-Петербурге. Организовав нейрохирургическое отделение, Бехтерев положил начало отечественной нейрохирургии. В 1908 году Бехтерев организовал Психо-неврологический институт. В 1918 году Бехтерев основал институт по изучению мозга и психической деятельности. Им открыты ядра в головном мозгу, создано учение о проводящих путях спинного и головного мозга и функциональной анатомии его, разработаны методики сочетательно-двигательных рефлексов у животных и человека.



Бехтерев открыл ряд рефлексов нормальных и патологических, описал ряд болезненных симптомов и синдромов, выделил такие заболевания, как болезненная одервенелость позвоночника (болезнь Бехтерева), хореическая падучая, послеапплектическая гемитония, сифилитический множественный склероз, острая мозжечковая атаксия алкоголиков и др. В лечении нервно-психических заболеваний им введены «микстура Бехтерева», сочетательно-рефлекторная терапия неврозов, алкоголизма, психотерапия методом отвлечения и перевоспитания, коллективная психотерапия.

В. М. Бехтерев предложил в 1877 году «эмбриолого-физиологический метод исследования мозга», «патофизиологический» метод, заключающийся в сочетании метода перерождения после экстирпации у взрослых животных с методом электрического раздражения областей мозга, содержащих перерожденные пучки волокон — метод экстирпации определенных образований серого вещества с последующим морфологическим контролем перерожденных пучков и физиологическим контролем нарушенной функции электрическим раздражением.

В. М. Бехтерев создал первую в России (1866, Казань) экспериментально-психологическую лабораторию. В. М. Бехтерев предложил метод лечения нервно-психических заболеваний, названный им «сочетательно-рефлекторной терапией». В. М. Бехтерев первый применил коллективную психотерапию. Следует указать на монографии В. М. Бехтерева: «Опыт клинического исследования температуры тела при некоторых формах душевных заболеваний» (диссертация), «Проводящие пути и т. д.», «Учение о функциях мозга», «Объективная психология», «Рефлексология», «Психика и жизнь», «Коллективная рефлексология», «Диагностика нервных болезней», «Гипноз, внушение и психотерапия».

В. М. Бехтеревым были предложены приборы: 1) для объективного изучения и измерения болевой чувствительности (алгезиметр), 2) для изучения чувствительности к давлению (барестезиометр), 3) для исследования мышечной чувствительности (миоэстезиометр), 4) для исследования звуковой проводимости костей черепа (остеоакузометр), 5) для исследования чувствительности дрожания (сейсмометр), 6) для исследования волосковой чувствительности (трихестезиометр).

На праздновании 40-летнего юбилея деятельности В. М. Бехтерева он был назван «патриархом русской психиатрии» (В. П. Осипов). Михаил



Иванович Калинин в приветственной телеграмме писал: «Многоуважаемый Владимир Михайлович, спешу к многочисленным поздравлениям с 40-летием вашей научной деятельности прибавить свое искреннее горячее приветствие. Не стану перечислять Ваших заслуг, это сделают и без меня, я же пожелаю Вам еще долголетия и так свойственной Вам энергичной работы на благо трудящихся».

По собственным словам В. М. Бехтерева, его характеризуют «любовь к науке, настойчивость и привычка жить вместе с веком».



ВИКТОР ПЕТРОВИЧ ОСИПОВ (1871—1947) окончил в 1895 году Военно-медицинскую академию в Петербурге. С 1906 года по 1915 год был заведующим кафедрой психиатрии медицинского факультета Казанского университета. С 1915 года по 1947 год был начальником кафедры психиатрии Военно-медицинской академии в Ленинграде. Развивал клинико-физиологическое направление в психиатрии, основанное его предшественниками — И. М. Балинским, И. П. Мержеевским, В. М. Бехтеревым. В трудах В. П. Осипова и его сотрудников разрабатывались проблемы клинической психиатрии, невропатологии, физиологии центральной нервной системы, патологической ее гистологии, психологии, организации психиатрической помощи, военной психиатрии, истории психиатрии. На научном со-

вещании кафедры, руководившейся В. П. Осиповым, в 1918 году И. П. Павлов сделал первый доклад, посвященный физиологическому пониманию психических болезней, — «Психиатрия, как пособница физиологии больших полушарий». В. П. Осипов — виднейший ученый-психиатр. Написал в 1923 году распространенный в свое время учебник психиатрии «Курс общего учения о душевных болезнях», в 1931 году — руководство по психиатрии. Среди многочисленных его учеников и сотрудников многие внесли значительный вклад в развитие психиатрии и подготовку кадров (Н. И. Бондарев, А. К. Ленц, Н. И. Тимофеев, С. П. Рончевский, В. Я. Макаров, В. А. Горовой-Шалтан и др.). В. П. Осипов с 1929 года был директором Института мозга. Был главным редактором «Малой энциклопедии практической медицины», основателем и председателем ряда научных обществ, членом редакций научных журналов. В бытность свою в Казани В. П. Осипов явился одним из основателей народного университета. Из работ В. П. Осипова, кроме упомянутых учебников, следует указать на его диссертационное исследование «О сокращении желудка, кишок и мочевого пузыря в течение падучих приступов» (1898), «Кататония Кальбаума», «Мягкие формы шизофрении и их распознавание» (1936), «Вопросы психиатрического распознавания и определение годности к военной службе» (1944), «Травматический психоневроз и психоневротравматизм» (1946).



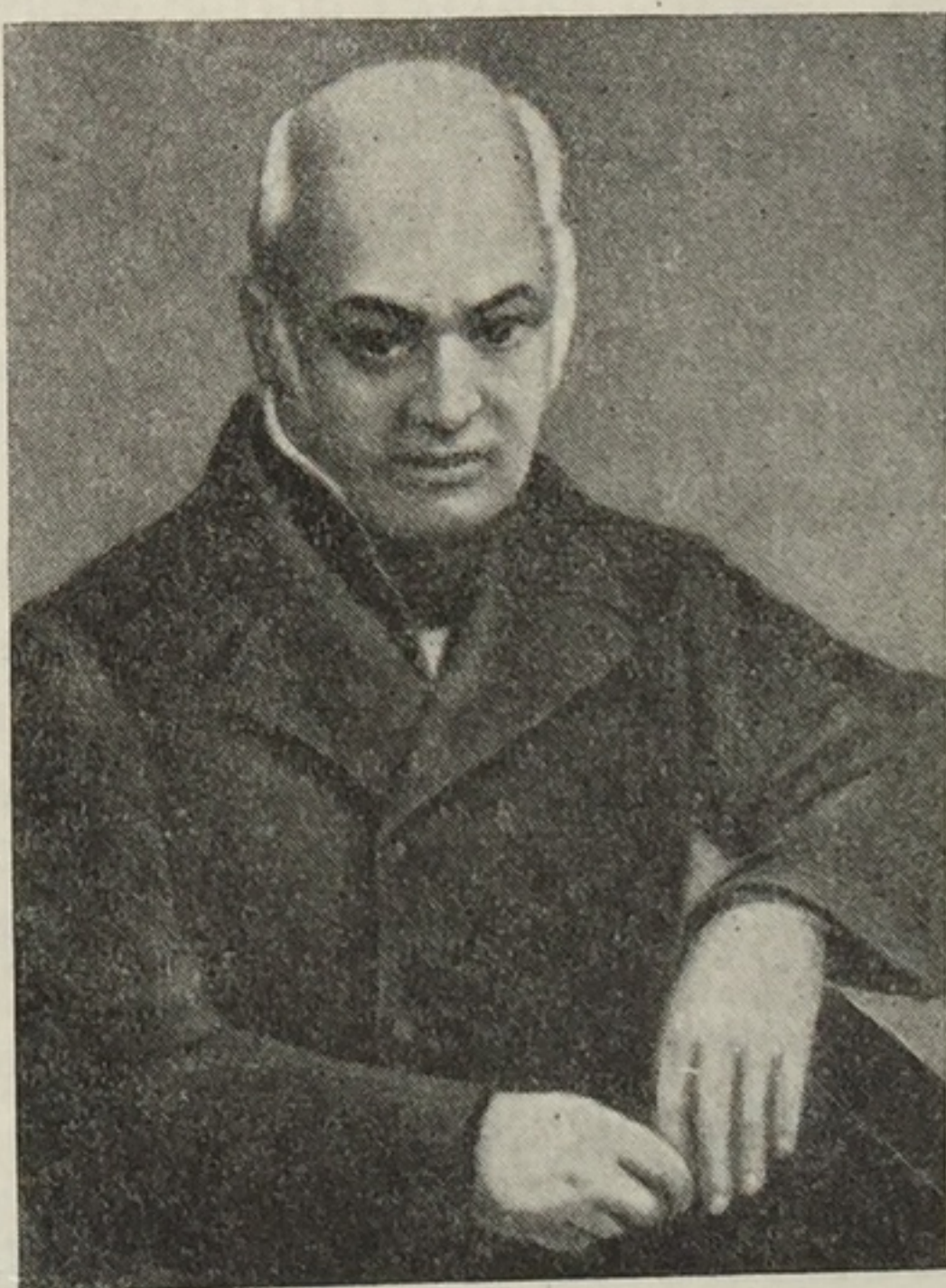
ВИКТОР ХРИСАНФОВИЧ КАНДИНСКИЙ (1849—1889) окончил в 1872 году медицинский факультет Московского университета. Работал до 1876 года ординатором соматической (впоследствии 2-й городской) больницы в Москве. Служил в военно-морском флоте, принимал участие в русско-турецкой войне. В качестве врача психиатра начал работу на должности ординатора (1881), затем старшего ординатора одной из больниц в Петербурге. Широкую известность получила работа В. Х. Кандинского «О псевдогаллюцинациях» (СПб., 1890; М., 1952).



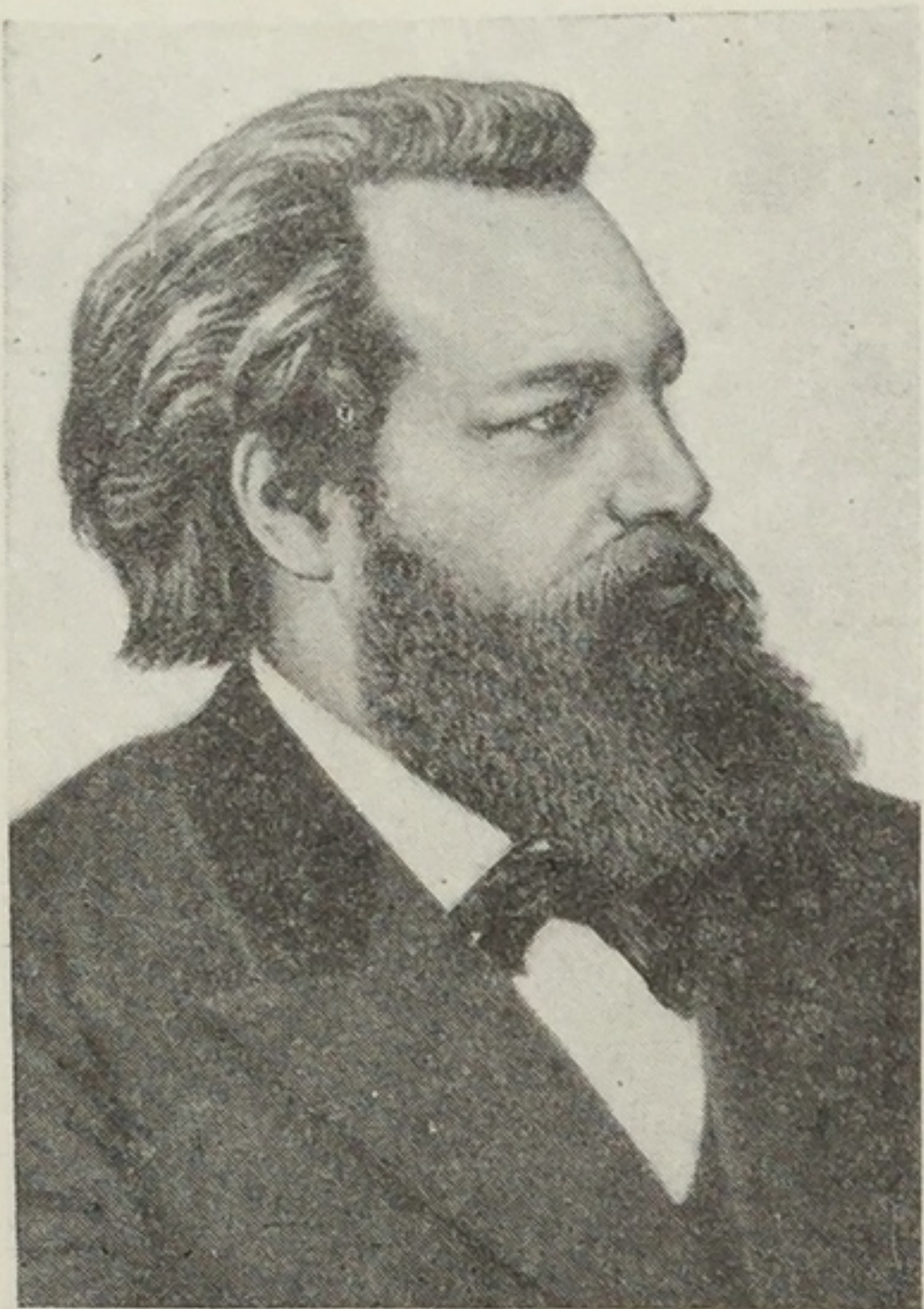
Им описан синдром психического автоматизма с опытом объяснения его патофизиологической сущности, выделена идеофрения в качестве самостоятельной формы психического заболевания, разработана классификация психических заболеваний,

в основном принятая первым съездом отечественных психиатров.

В. Ф. САБЛЕР — с 1828 года главный врач Московского Доллгауза. В 1838 году Доллгауз был наименован Московской Преображенской психиатрической больницей. В 1832 году осуществил реформу «дома умалишенных», установил вместе с помощниками Бекером и Сокольским гуманный лечебный режим, ввел развлечения больных, трудовые процессы в специально организованных мастерских и на участке земли, в саду. Руководил Преображенской больницей до 1870 года. «При нем больница стала центром не только практической, но и научной психиатрии» (Т. И. Юдин). Учеником Саблера был казанский профессор психиатрии А. У. Фрезе (1827—1884).







**СЕРГЕЙ СЕРГЕЕВИЧ КОРСАКОВ** (1854—1900) — основоположник отечественной психиатрии. Окончил в 1875 году медицинский факультет Московского университета. Работал в Преображенской психиатрической больнице в Москве. В 1876—1879 гг. был ординатором нервной клиники Московского университета. С 1876 года С. С. Корсаков заведовал психиатрической лечебницей А. Ф. Беккера (в которой ранее работали В. Ф. Саблер и Ф. И. Герцог), где впервые осуществил «режим нестеснения». В 1887 году на I съезде отечественных психиатров сделал доклады «К вопросу о призрении душевнобольных на дому», «К вопросу о нестеснении (по-restraint)». В 1887 году С. С. Корсаков защитил докторскую диссертацию на тему «Об алкогольном параличе (*paralysis alcoholica*, *paraplegia alcoholica*)».

Эти даты, полные огромного значения для развития психиатрии, могут быть дополнены тем, что в ноябре того же 1887 года была открыта построенная С. С. Корсаковым и устроенная им на новых началах психиатрическая клиника Московского университета, образцовое клиническое психиатрическое учреждение, ныне носящее имя С. С. Корсакова. В 1888 году по представлению А. Я. Кожевникова С. С. Корсаков был утвержден приват-доцентом. В 1892 году он был назначен сверхштатным экстраординарным профессором Московского университета «по кафедре систематического и клинического изучения нервных и душевных болезней», а в 1893 году был назначен директором психиатрической клиники Московского университета, штатным экстраординарным профессором. В 1887 году в Московском психологическом обществе (в организации которого С. С. Корсаков активно участвовал) он сделал доклад «О некоторых формах расстройства памяти». В 1890 году была опубликована его работа «Болезненные расстройства памяти и их диагностика». В 1887 году С. С. Корсаков выступил на IX Международном съезде врачей в Париже с докладом на тему «Психические расстройства в сочетании с множественным невритом (*Psychosis polyneuritica s. Cerebropathia psychica toxica*)». В 1897 году на XII Международном съезде врачей в Москве было внесено (проф. Жолли—Берлин) предложение именовать описанный С. С. Корсаковым полиневритический психоз «корсаковским психозом». В 1891 году на заседании секции нервных и душевных болезней IV съезда общества русских врачей в память Н. И. Пирогова С. С. Корсаков выступил с докладом на тему «К вопросу об «острых» формах умопомешательства». В 1893 году вышел в свет учебник С. С. Корсакова «Курс психиатрии». В том же году им был сделан в Московском психологическом обществе доклад «К психологии микроцефалов». С. С. Корсаков сыграл огромную роль в развитии психиатрии, явился «ее совестью, славой и гордостью». Деятельность С. С. Корсакова оставила неизгладимый след в психиатрии, в работе ее деятелей, ее учреждений. Деятельность С. С. Корсакова, отечественных психиатров возвела «сумасшедшего» в ранг больного, были изгнаны из психиатрического обихода меры стеснения, горячечные рубашки, изоляторы и т. п. Описанием корсаковского психоза (кроме этого, им была описана дизнойя, гиперфантастическая паранойя как промежуточная форма) были заложены и укреплены основы нового нозологического направления в психиатрии. Осуществлявшееся С. С. Корсаковым преобразование лечения и ухода за больными, основанное на принципах «нестеснения», «заботы о моральном состоянии больного», лечении в соответствии с современным



уровнем науки, выдвинули уже тогда отечественную психиатрию на одно из первых мест в мире. Замечательный ученый, труды которого получили всеобщее мировое признание, активный общественный деятель, самоотверженный врач С. С. Корсаков воспитал ряд психиатров, ставших виднейшими деятелями психиатрии, основал выдающуюся отечественную психиатрическую школу, положившую в свою основу естественнонаучное всестороннее изучение и лечение больного, предупреждение болезни. С. С. Корсаков стремился физиологически обосновать сущность психических расстройств, обосновать нозологический принцип в психиатрии, неутомимо и деятельно занимался строительством психиатрических учреждений, организацией психиатрической помощи, научных обществ, журналов, изданий. В его светлой личности и его труде, в его гуманном отношении к больным было воплощено все лучшее в нашей психиатрии. Ряд положений С. С. Корсакова — «систем Корсакова» — в деле лечения психически больных составляет основу устройства больниц и лечебного порядка в них. Классификация психических заболеваний, предложенная С. С. Корсаковым, была в свое время единственной полной отечественной классификацией психических заболеваний, основанной, во-первых, на принципе этиологическом, принципе патогенетической сущности заболевания, во-вторых, на принципе особенностей почвы, на которой развивается то или другое психическое расстройство, в-третьих, на принципе особенностей течения, специфически свойственного тому или иному заболеванию в связи с внешними условиями развития болезни. В воззрениях С. С. Корсакова отразились его материалистические, клинические и лечебно-профилактические устремления. Описание С. С. Корсаковым полиневритического психоза имело огромное принципиальное и практическое значение, составило эпоху в развитии психиатрии, укрепило связи между психиатрией и всей остальной медициной — невропатологией, внутренней медициной и другими медицинскими дисциплинами. Последней, перед смертью, работой С. С. Корсакова, которую он должен был доложить на Международном съезде в Париже, был его доклад «О постельном содержании душевнобольных». На памятнике С. С. Корсакову, воздвигнутом в Москве на территории психиатрической клиники им. С. С. Корсакова 1 Московского ордена Ленина медицинского института, написано: «Ученый, мыслитель, психиатр, гуманист».

---





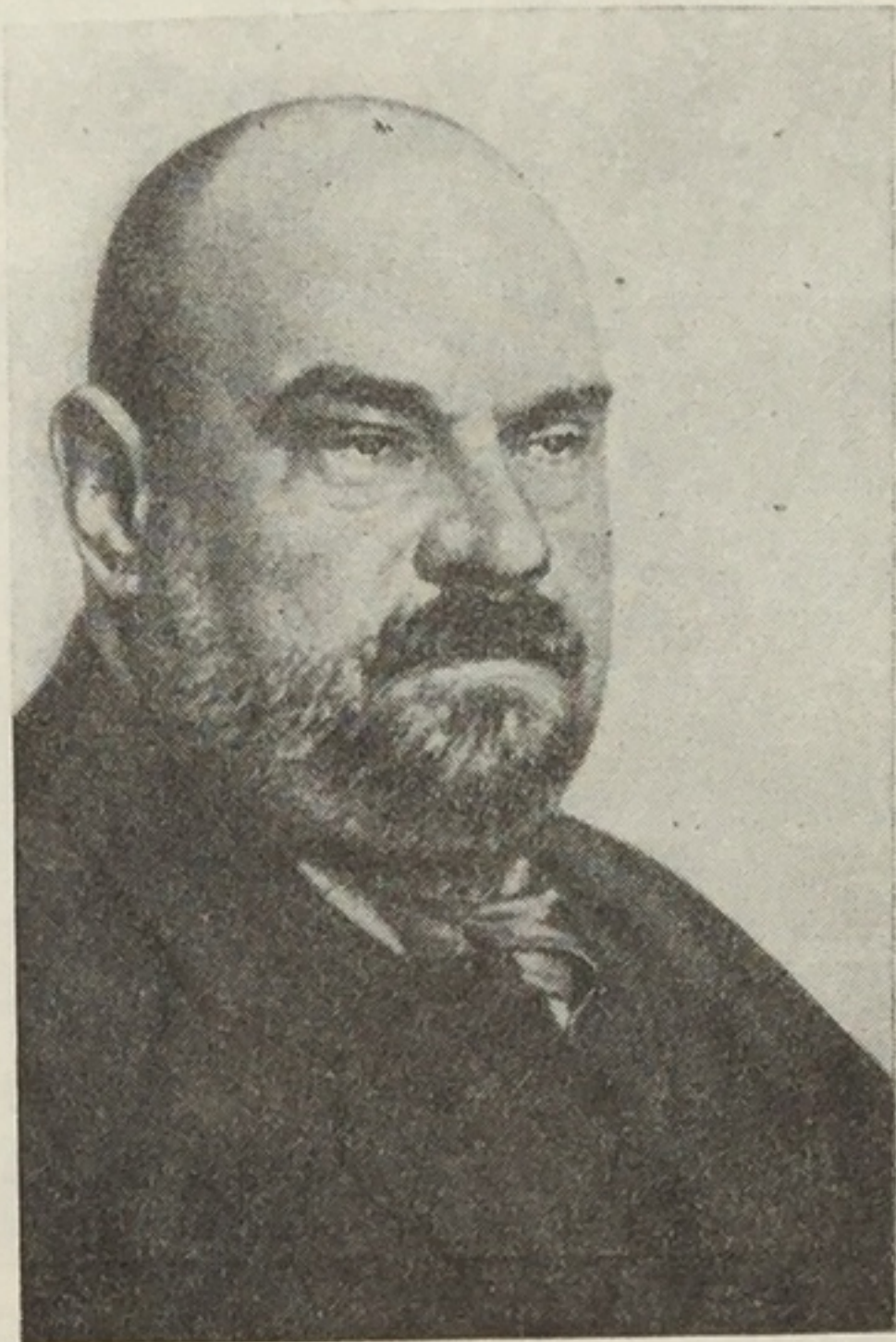
**ВЛАДИМИР ПЕТРОВИЧ СЕРБСКИЙ** (1858—1917) — выдающийся психиатр — один из основоположников отечественной психиатрии, создателей корсаковской психиатрической школы. Окончил естественное отделение физико-математического факультета и медицинский факультет Московского университета. Работал врачом в Московской психиатрической лечебнице М. Ф. Беккер — сподвижницы С. С. Корсакова. Заведовал Тамбовской психиатрической лечебницей, которую реорганизовал на новых началах. В открывшейся в 1887 году психиатрической клинике Московского университета (которой руководил С. С. Корсаков) занял пост старшего ассистента, а после смерти С. С. Корсакова был профессором психиатрии до 1911 года, когда после разгрома Московского университета царским министром просвещения Кассо ушел

из университета при коллективном уходе из университета большинства прогрессивной профессуры. Прекрасный клиницист, В. П. Сербский при анализе клинико-психопатологических картин болезни исходил из определения состояния всего организма. Продолжил и развил психиатрическую школу, основы которой были заложены С. С. Корсаковым. Диссертация В. П. Сербского «Формы психического расстройства, описываемые под именем кататонии» (1890) была названа С. С. Корсаковым «одним из лучших произведений русской психиатрической литературы». Кроме работ В. П. Сербского, посвященных проблемам так называемых острых психозов, полиневритического психоза, органических психозов, раннего слабоумия и др. вопросам клинической психиатрии, следует указать на учебники психиатрии: «Краткую терапию душевных болезней» (1898, 1900), «Судебную психопатологию» (1898, 1900). В. П. Сербский является одним из основоположников русской судебной психиатрии.

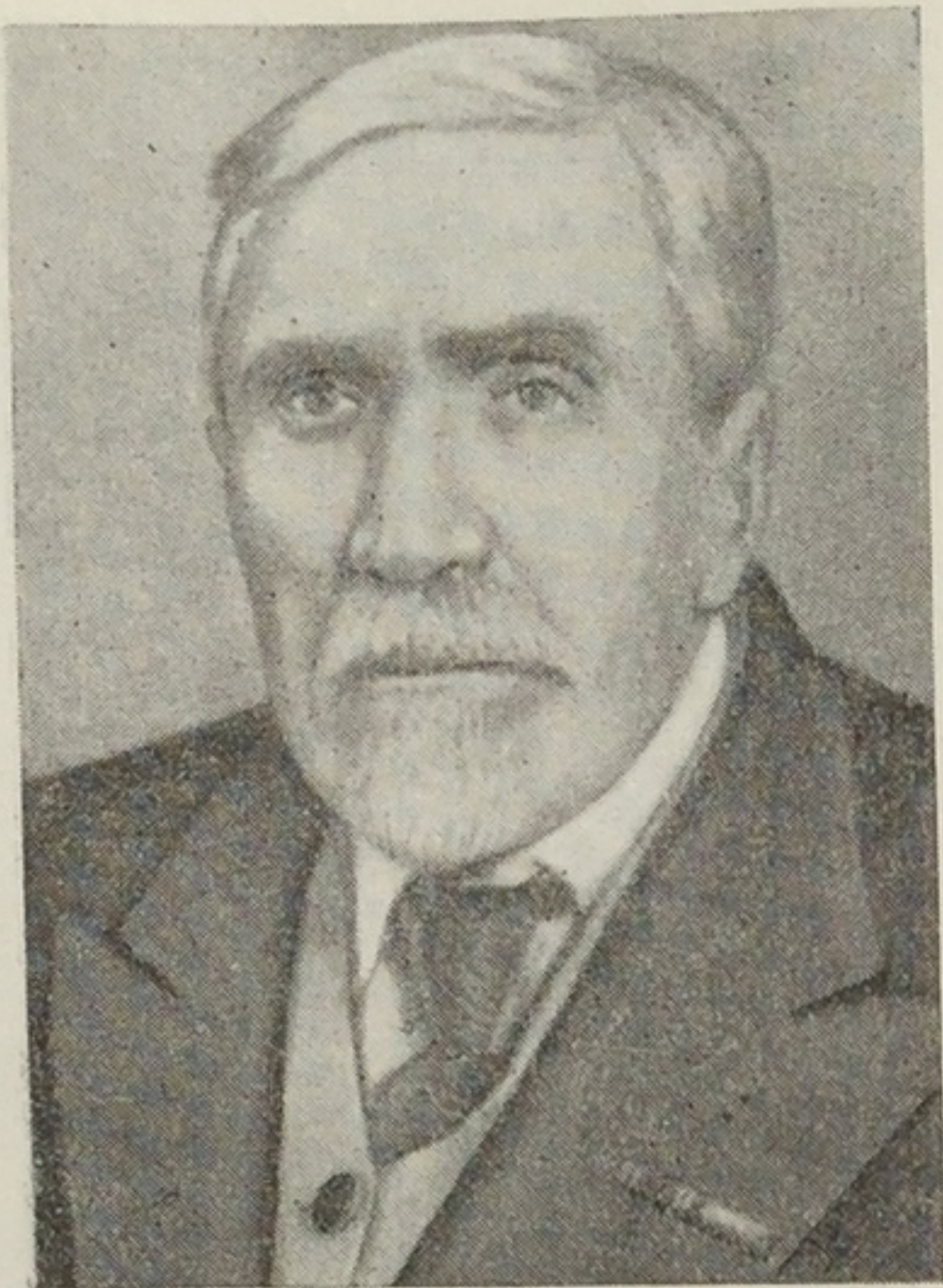
В. П. Сербский придавал большое значение соматическим причинам в патогенезе психических болезней, представил наиболее доказательные данные против крепелиновской концепции предопределенности неблагоприятного исхода болезненного процесса при раннем слабоумии, отрицательно относился к фрейдизму, к чрезмерной психологизации в анализе психических заболеваний. Много работал в области распространения прогрессивной системы («системы нестеснения») в устройстве психиатрических больниц, постельного режима, патронажа, трудовой терапии, децентрализации психиатрической помощи, законодательства о психических больных.



ПЕТР БОРИСОВИЧ ГАННУШКИН (1875—1933) — выдающийся советский психиатр. Окончил медицинский факультет Московского университета в 1898 году. В 1904 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Острая паранойя» («Paranoia acuta, клиническая сторона вопроса»). С 1904 по 1911 год — приват-доцент Московского университета, читал курс учения о патологических характерах. В 1911 году покинул университет в знак протеста против реакционной деятельности царского министра просвещения Кассо. Работал в Алексеевской психиатрической больнице на Канатчиковой даче в Москве. В 1914 году работал в Морском госпитале в Петрограде. С 1907 по 1914 год П. Б. Ганнушкин был создателем журнала «Современная психиатрия». В мае 1918 года был избран профессором психиатрии медицинского факультета Московского университета (1-МГУ, 1-МОЛМИ). Первый советский профессор психиатрии, избранный после Великой Октябрьской социалистической революции. Под влиянием и по инициативе П. Б. Ганнушкина союз психиатров и невропатологов начал весной 1918 года активную работу в Совете врачебных коллегий при Наркомвнуделе по организации психиатрической помощи, в устройстве которой П. Б. Ганнушкин, будучи активным строителем отечественной советской психиатрии, всегда играл выдающуюся роль. Под руководством П. Б. Ганнушкина психиатрическая клиника I МГУ — I МОЛМИ заняла положение научного психиатрического центра — крупнейшей научной школы, основателями которой явились С. С. Корсаков и П. Б. Ганнушкин. Несравненный клиницист, создатель клинико-диагностического метода, основанного на тонком анализе и диагностическом синтезе данных клинического наблюдения и лабораторного исследования. Создатель «малой психиатрии» — клинического учения о психопатиях, учения о так называемых пограничных состояниях, — основоположник отечественной концепции малой психиатрии. П. Б. Ганнушкин воспитал многих психиатров, ряд профессоров психиатрии. С именем П. Б. Ганнушкина связан ряд достижений советской психиатрии. Одной из московских психиатрических больниц (на Потешной) присвоено имя П. Б. Ганнушкина. К основным трудам П. Б. Ганнушкина могут быть отнесены: «Резонирующее помешательство и резонерство» (1905), «Психастенический характер» (1907), «Постановка вопроса о шизофренической конституции» (1914), «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика» (1933).







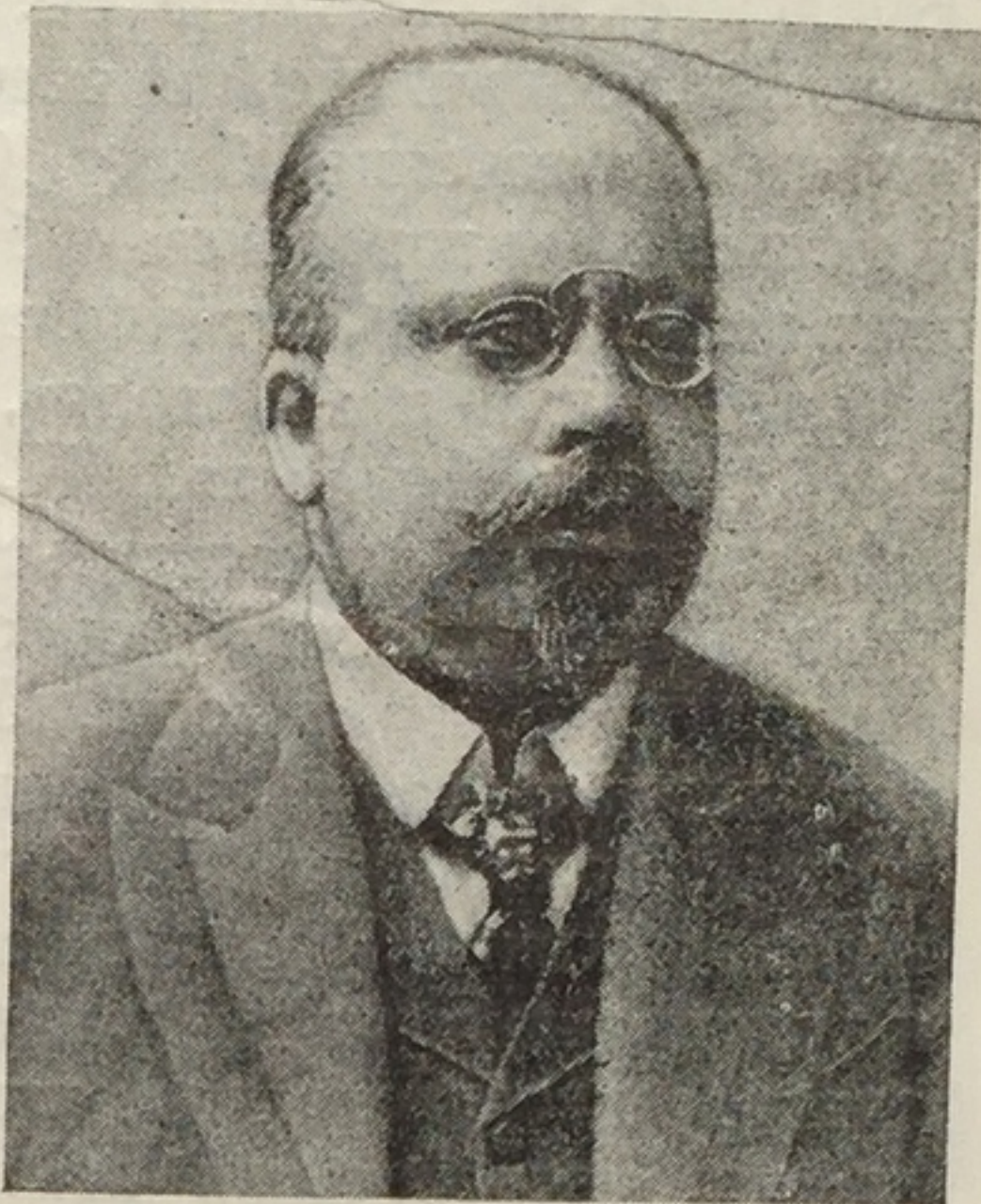
**ВАСИЛИЙ АЛЕКСЕЕВИЧ ГИЛЯРОВСКИЙ** (1876—1959) — выдающийся советский психиатр. Окончил медицинский факультет Московского университета, работал ординатором клиники нервных болезней того же университета, возглавлявшейся профессором В. К. Ротом. Работал в Харьковской психиатрической больнице (Сабурова дача) в качестве невропатолога и психиатра, выполнял функции прозектора. Работал в Москве в Центральном приемном покое для душевнобольных (организованном А. Н. Бернштейном), читал лекции по патологической анатомии психозов на курсах усовершенствования врачей-психиатров. С 1910 года работал в Московской Преображенской психиатрической больнице — базе преподавания психиатрии

медицинского факультета Высших женских курсов, где профессором психиатрии был Н. Н. Баженов, а после него — В. А. Гиляровский. После преобразования Высших женских курсов во II Московский государственный университет В. А. Гиляровский заведовал кафедрой психиатрии II МГУ, а затем II Московского медицинского института. После создания Академии медицинских наук СССР В. А. Гиляровский был избран ее действительным членом, организовал Институт психиатрии, впоследствии перешедший в непосредственное ведение Министерства здравоохранения СССР. Опубликовал многочисленные труды по различным вопросам клинической психиатрии, ряд монографий, посвященных патологической анатомии и патогенезу порэнцефалии, введению в анатомическое изучение психозов, старых и новых проблем психиатрии, вопросам детской психиатрии, организации психиатрической помощи, профилактике и лечению психических заболеваний по методике электросна.

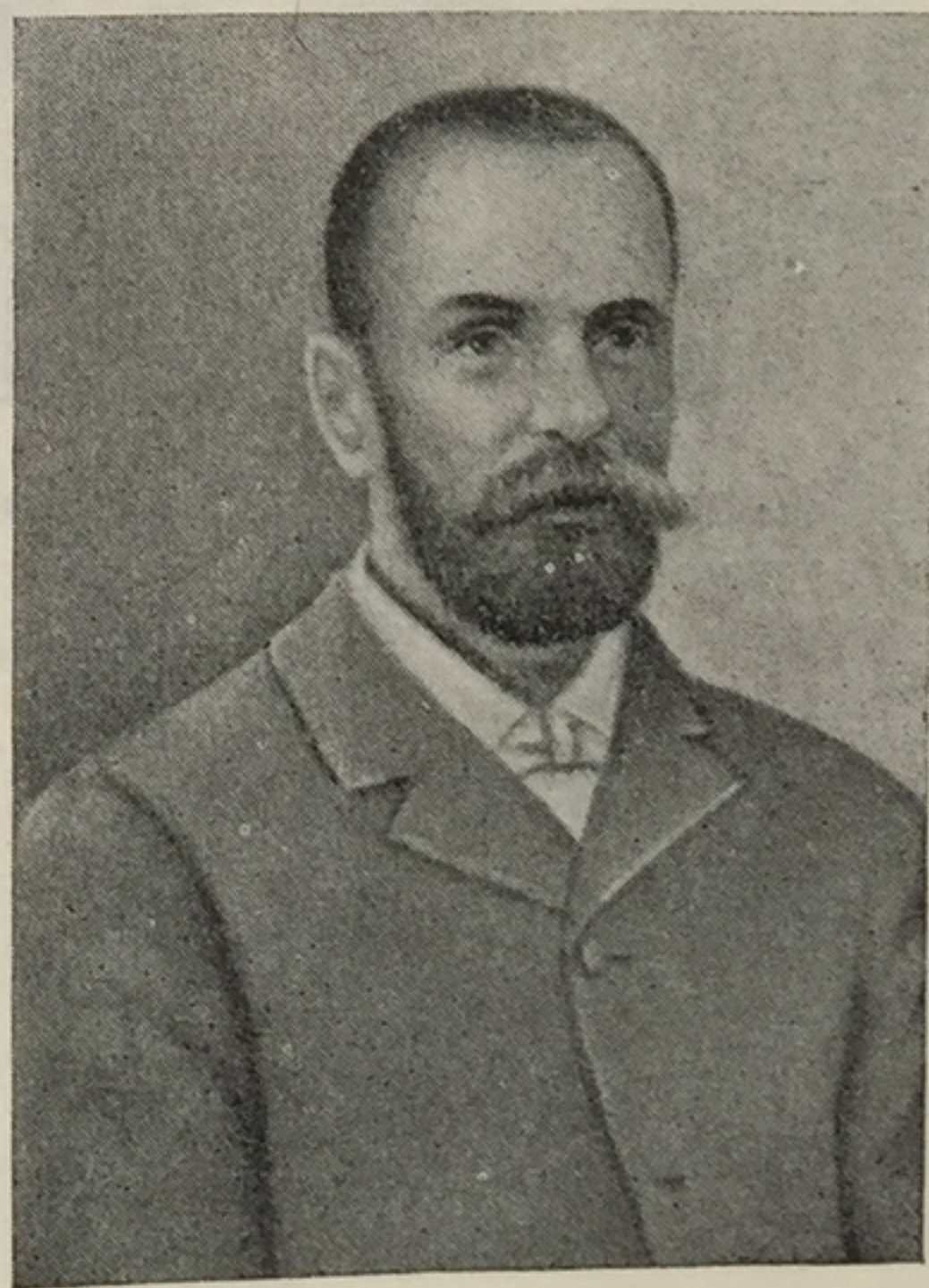
Следует указать на опубликованное В. А. Гиляровским руководство по психиатрии. В. А. Гиляровский сделал много для организации психиатрической помощи (включая детскую психиатрию), воспитал многочисленных учеников в духе лучших традиций отечественной советской психиатрии.



**НИКОЛАЙ НИКОЛАЕВИЧ БАЖЕНОВ** (1857 — 1923) окончил в 1881 году медицинский факультет Московского университета. Работал ординатором Преображенской психиатрической больницы в Москве, директором Рязанской психиатрической больницы (построил Голенчинскую психиатрическую больницу), главным врачом больницы «Св. Пантелеймона» в Петербурге, директором Воронежской психиатрической больницы, главным врачом Преображенской психиатрической больницы в Москве. Сподвижник С. С. Корсакова, по его инициативе выдвинул идею сельского посемейного призрения психически больных. Разработал проект законодательства о душевнобольных, был одним из организаторов «Союза психиатров и невропатологов» и созыва первого съезда членов союза. С 1911 года — председатель правления Русского Союза психиатров и невропатологов. Был приват-доцентом Петербургского и Московского университетов. Читал лекции по судебной психиатрии в Военно-юридической академии в Петербурге. С 1908 года — профессор психиатрии Московских высших женских курсов (впоследствии — II Московский медицинский институт). Впервые ввел в Москве обязательные практические занятия по психиатрии — по специальной программе. Активно боролся за прогрессивное изменение психиатрического обихода, устройства психиатрических учреждений, за систему «нестеснения». Много работал по организации психиатрической помощи. Наиболее известны его работы — «К вопросу о значении аутоинтоксикации в генезе некоторых симптомокомплексов» (1894), «Юбилейный год в истории психиатрии», (1892) «О призрении и лечении больных в земствах» (1887), «Психиатрические этюды на литературные темы» (1903), «История Московского Доллгауза» (1909), «Проект законодательства о душевнобольных» (1911).

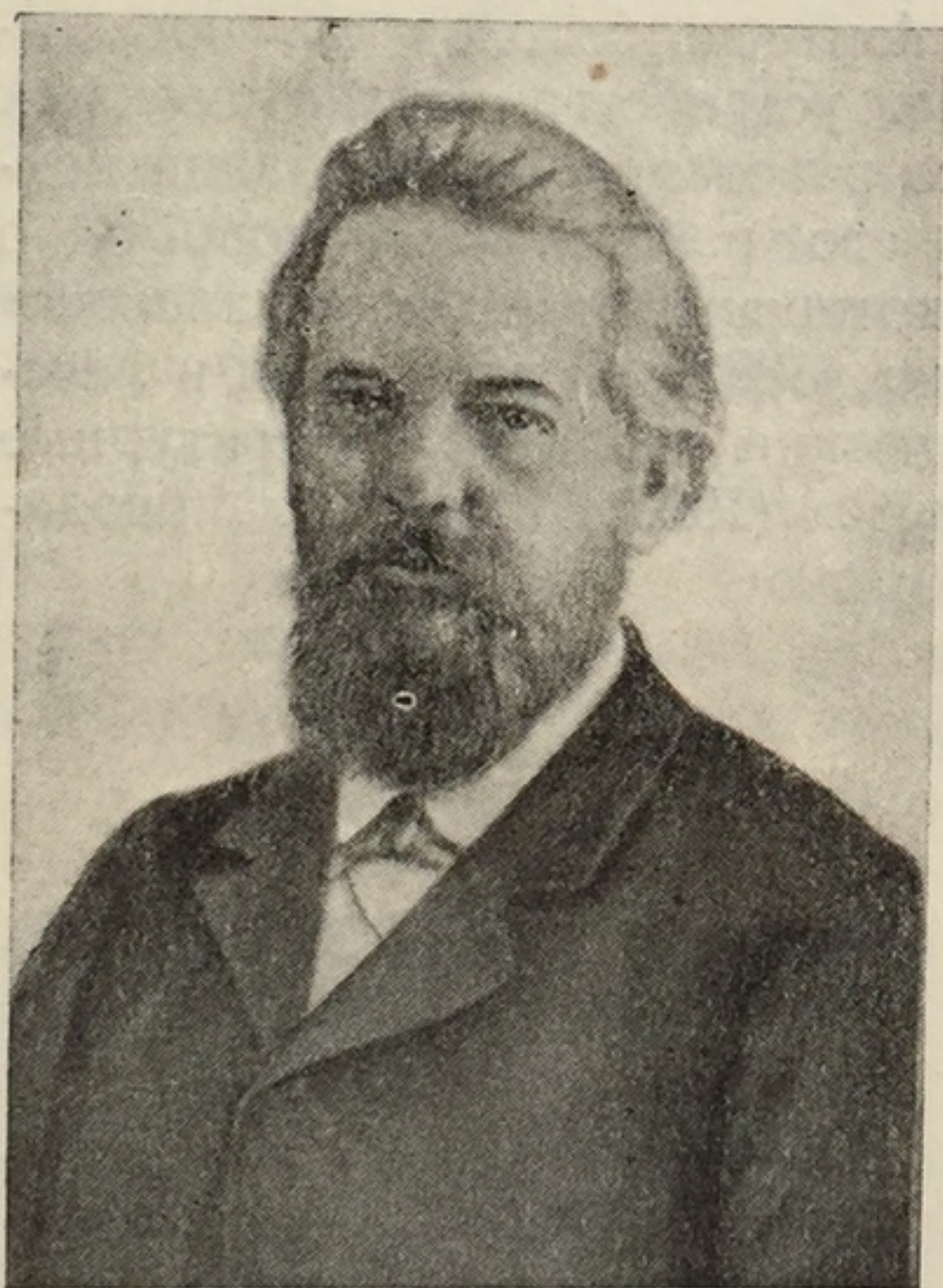


**МИХАИЛ ПАВЛОВИЧ ЛИТВИНОВ** (1846—1918) — выдающийся психиатр, организатор психиатрической помощи. Окончил Медико-хирургическую академию в С.-Петербурге. Работал на кафедре И. М. Сеченова. С 1870 года работал под руководством И. М. Балинского. С 1873 года начал работу в земстве. В 1877 году ему была присвоена степень доктора медицины. Составил план и осуществил в 1884 году строительство Бурашевской психиатрической колонии — первого организованного на научно-психиатрических основаниях психиатрического учреждения типа колонии в России с широким применением трудовой терапии, с самообслуживанием больных, проживавших в небольших павильонах, из ряда которых состояла колония.





Бурашевская больница была своеобразной школой организационной психиатрии, больничной и внебольничной помощи. Возглавлял Бурашевскую колонию в течение 13 лет. С 1907 года и до смерти работал в г. Москве — в московском городском «убежище для неизлечимых больных». Среди научных работ М. П. Литвинова можно отметить: «Физиологическое и терапевтическое действие алкоголя», «Очерк систематической организации призрения душевнобольных», «К вопросу о порядке управления больницами», «К статистике помешательства в России». Помимо оригинальных научных работ, посвященных вопросам клинической психиатрии и организации психиатрической помощи, М. П. Литвиновым были опубликованы рецензии, популярные статьи, переводы. Например, рецензия на учебник физиологии проф. Циона, книгу В. Вундта «Основания физиологической психологии», перевод книг «Насильственные представления» Крафт-Эбинга, «Неврозы и фиксированные представления» Пьера Жане. В 1924 году Бурашевской психиатрической колонии было присвоено имя М. П. Литвинова. 4 мая 1959 года для увековечения памяти М. П. Литвинова на его могиле в г. Москве установлен памятник.



**ПЕТР ПЕТРОВИЧ КАЩЕНКО (1858—1920)** — выдающийся советский психиатр, организатор психиатрической помощи. Работал в Казанской окружной психиатрической больнице, в Тверской Бурашевской психиатрической больнице, заведовал Нижегородской психиатрической лечебницей. Был директором и главным врачом Алексеевской психиатрической больницы (в Москве, на Канатчиковой даче).

Ученик С. С. Корсакова, П. П. Кащенко осуществлял в своей деятельности лучшие принципы отечественной советской психиатрии, был активным ее организатором, талантливым ученым. П. П. Кащенко был первым руководителем отдела психиатрической помощи Народного Комиссариата здравоохранения.

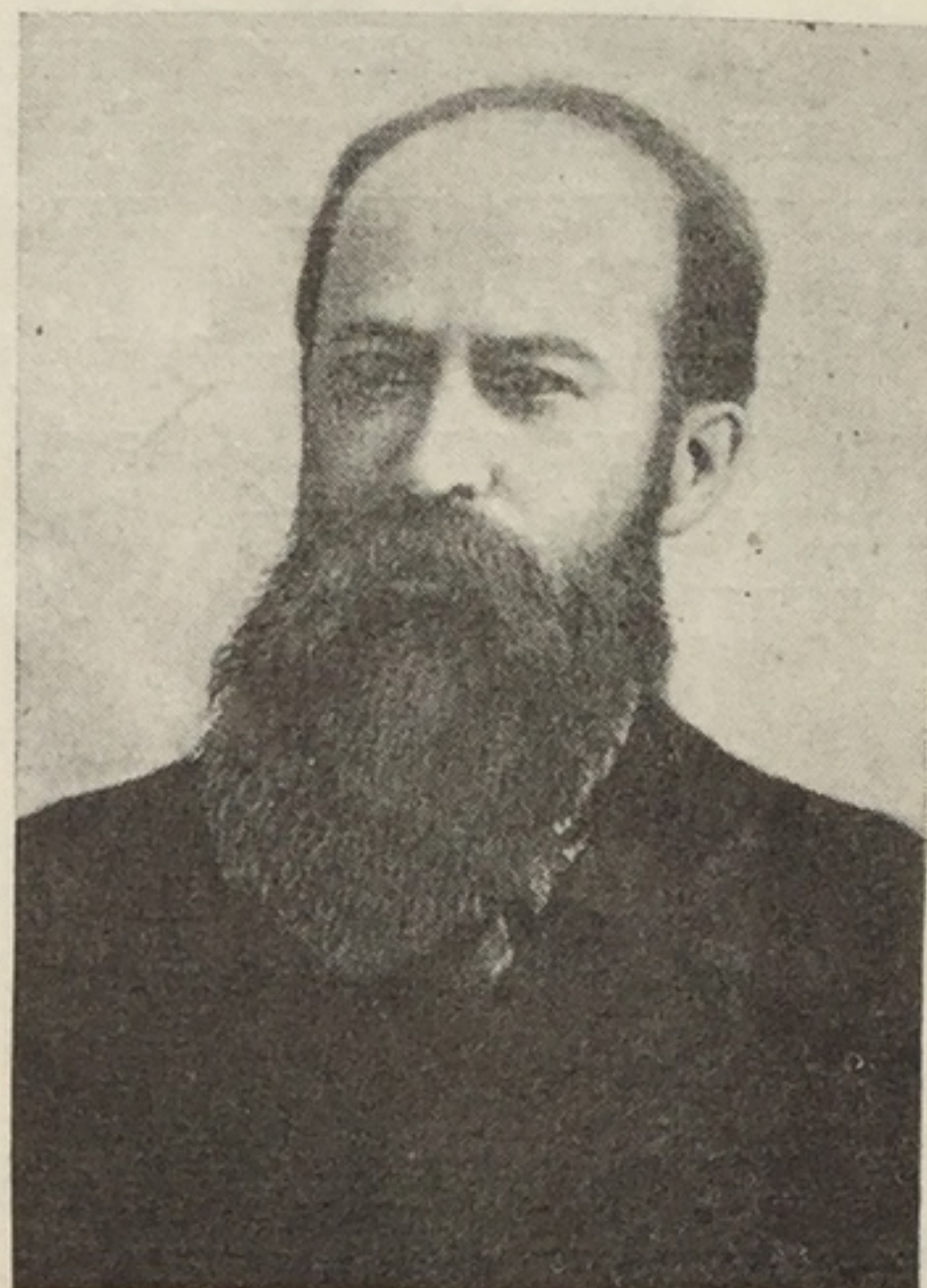
Имя П. П. Кащенко присвоено больнице на Канатчиковой даче в г. Москве и Сиворицкой психиатрической больнице (Ленинград).

(18  
хиа  
ми  
чом  
бот  
чес  
хиа  
мон  
бур  
лен  
ни  
С. С  
тел  
пси  
(По  
бова  
Ны  
вую  
тер  
хиа  
ласт  
чест  
пом  
низа  
невр  
бол

Р  
БИХ  
ский  
орди  
ческо  
та, з  
психи  
поко  
тал  
чей  
В 192  
психи  
мых  
натор  
Один  
пия».



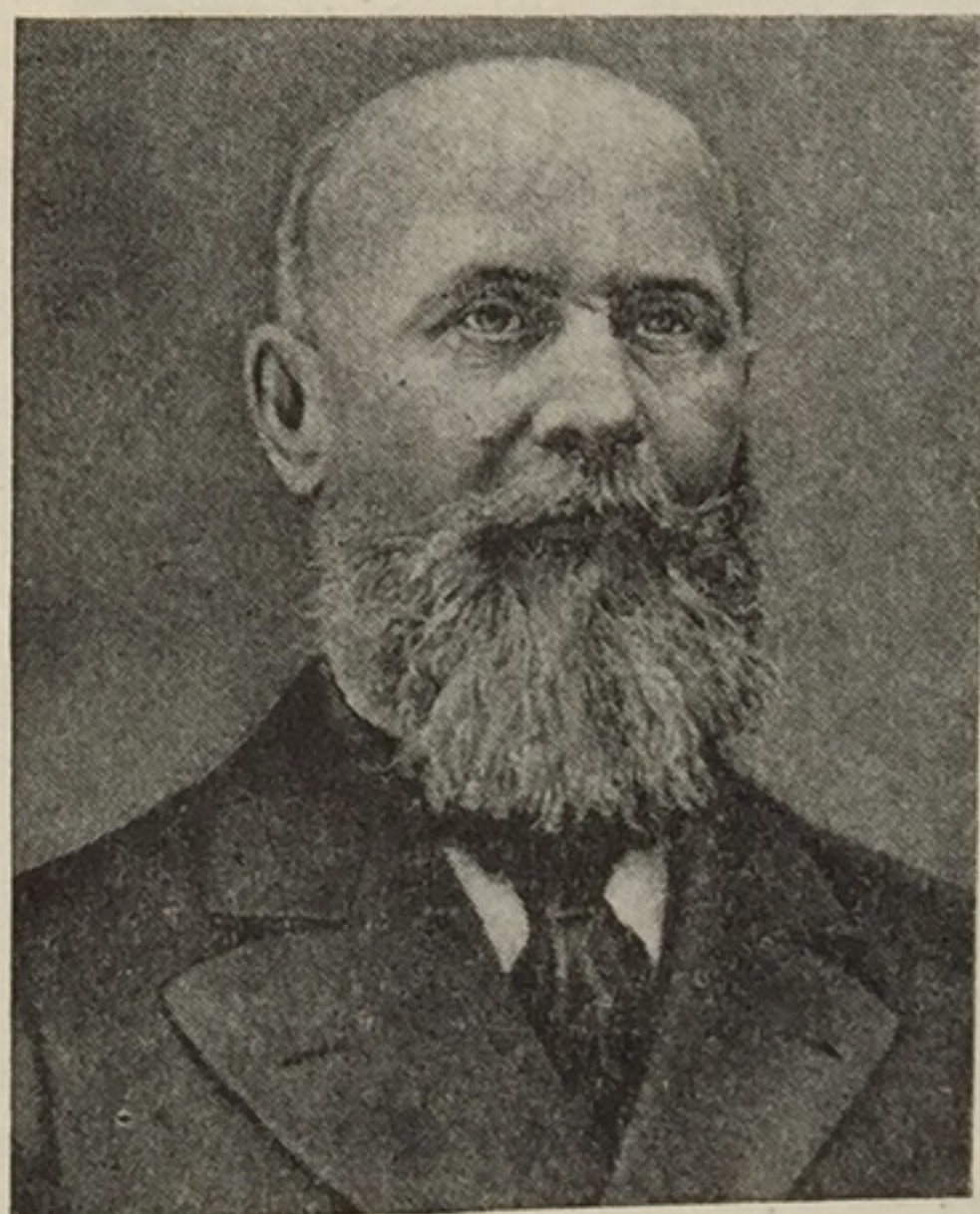
**ВЛАДИМИР ИВАНОВИЧ ЯКОВЕНКО** (1857—1923) — выдающийся советский психиатр. Окончил Военно-медицинскую академию в 1881 году. Работал участковым врачом в Полтавской губернии. С 1884 года работал ординатором в Бурашевской психиатрической больнице (Тверь), Голенчинской психиатрической больнице (Рязань), Пантелеймоновской психиатрической больнице (Петербург). С 1891 по 1893 год руководил Смоленской (Гедеоновской) психиатрической больницей, реорганизованной им на указанных С. С. Корсаковым основах. Руководил строительством и организацией образцовой земской психиатрической больницы в селе Мещерском (Подольский уезд, под Москвой — ст. Столбовая Московско-Курской железной дороги).



Ныне этой больнице присвоено имя В. И. Яковенко. Произвел первую в России психиатрическую перепись в Московской губернии. Материалы этой работы явились научно-практическим основанием для психиатрического строительства. В. И. Яковенко был крупным ученым в области организации психиатрической помощи, активным строителем отечественной психиатрии, сторонником децентрализации психиатрической помощи и приближения ее к населению. В. И. Яковенко был активным организатором и участником Пироговских съездов и съездов психиатров и невропатологов, одним из редакторов журнала им. Корсакова.

Основной работой В. И. Яковенко является монография «Душевнобольные Московской губернии» (М., 1911).

**ЮРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ КАННАБИХ** (1872—1939) — выдающийся советский психиатр, психотерапевт. Работал ординатором пропедевтической терапевтической клиники Московского университета, затем перешел на работу в области психиатрии — в Центральном приемном покое для душевнобольных в Москве, читал на курсах усовершенствования врачей психиатров историю психиатрии. В 1929 году опубликовал книгу «История психиатрии». Изучал клинику так называемых пограничных состояний, заведовал санаторием на станции Кратово (под Москвой). Один из основателей журнала «Психотерапия». Был профессором психиатрии в Таш-





кенте, преподавал медицинскую психологию в III Московском государственном университете. Заведовал отделом истории психиатрии Института невропсихиатрической профилактики Народного Комиссариата Здравоохранения РСФСР.

Основные труды Ю. В. Каннабиха посвящены вопросам клиники пограничных состояний, общей психопатологии, психотерапии. Опубликовал монографии «Циклотимия», «История психиатрии». Блестящий лектор и популяризатор научных знаний

---

ПЕТР АЛЕКСАНДРОВИЧ БУТКОВСКИЙ (1801—1844) окончил греко-латинскую коллегию в Харькове, в 1823 году — Медико-хирургическую академию в Петербурге. В 1834 году был назначен профессором Харьковского университета по кафедре хирургии и душевных болезней, в 1837 — профессором того же университета по кафедре частной патологии и терапии (с включением курса душевных болезней). В 1832 году опубликовал диссертацию под названием «*De vitae psychicae anomaliae generalis*».

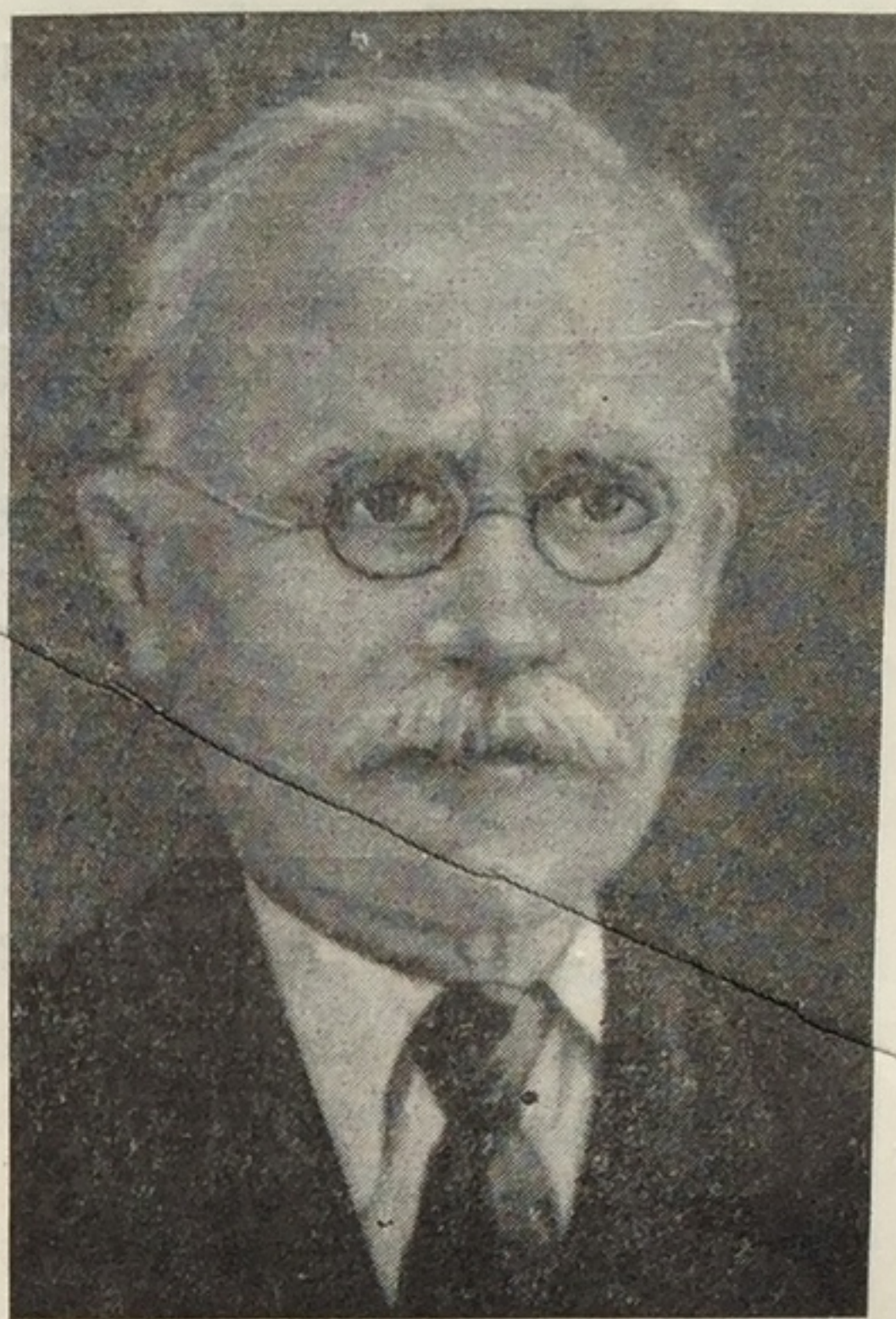
В 1834 году была опубликована, явившаяся первым учебником, книга: «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии в общем и частном, теоретическом и практическом содержании». По отзывам современников, учебник был полон «пристрастия к метафизике, излишнему мудрствованию, выпренности, замысловатости и кудреватости гипотез» (Т. И. Юдин).

При лечении П. А. Бутковский советовал пользоваться разнообразными средствами укрощения больных — укротительным стулом, тесным камзолом, качелями, аутенритовой маской, погружением в воду, сечением крапивой. Для этого должен быть выделен специальный помощник врача, служитель «на эту роль всеобщего пугала» (Ю. В. Каннабих). «Врач не должен внушать больному страх, но ему нужен помощник, который занимался бы сим трудным поручением, действуя по воле врача и будучи в состоянии при необходимости сопротивляться буйным поступкам, вспыльчивости и наглости сумасшедших», — писал П. А. Бутковский. Отрицательно-критически относился к учебнику П. А. Бутковского П. П. Малиновский в своем руководстве по психиатрии «Помешательство, описанное так, как оно является врачу в практике». (СПБ, 1847).

---



**АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ ЮЩЕНКО** (1869—1936) — выдающийся советский психиатр. Окончил медицинский факультет Харьковского университета в 1893 году. Ученик П. И. Ковалевского, работал под его руководством в Харькове и Варшаве. В 1896—1897 гг. работал в клинике В. М. Бехтерева и в лаборатории И. П. Павлова, в биохимической лаборатории (1901—1915) Института экспериментальной медицины. Был профессором психиатрии в Юрьеве (Тарту), Воронеже, Ростове-на-Дону. С 1929 года работал в Харькове в Украинской психоневрологической академии. С 1934 года — действительный член ВУАН — Академии Наук СССР. В своих исследованиях осуществил синтез психиатрии и биохимии, связывал возникновение психозов с изменениями диссимилиационного и ассимиляционного процессов в организме, с обменом (Т. И. Юдин). В Украинской психоневрологической академии основал биохимическую лабораторию. В 1934 году Винницкой психиатрической больнице присвоено имя А. И. Ющенко — первого академика-психиатра в СССР. К наиболее важным работам А. И. Ющенко относятся его работы о строении симпатических узлов, «О сущности душевных болезней и биохимическом исследовании их» (1911), работы по исследованию ферментативных процессов у душевнобольных, конституциологические исследования («Эволюционно-генетическое учение», по определению А. И. Ющенко), описание юношеского прогрессивного паралича, работы по неврозам, их сущности и классификации (монография по травматическому неврозу), работы по судебной психиатрии, учебные пособия. А. И. Ющенко воспитал многочисленных учеников, ряд крупных советских психиатров.



**ТИХОН ИВАНОВИЧ ЮДИН** (1879—1949) — выдающийся советский психиатр. Окончил медицинский факультет Московского университета в 1904 году. Ученик В. П. Сербского, сотрудник П. Б. Ганнушкина. До 1907 года работал в психиатрической клинике Московского университета, до 1914 года — в психиатрической больнице на Сабуровой даче в Харькове и в Алексеевской психиатрической больнице на Канатчиковой в Москве (ныне больница им. Кашенко). С 1918 года работал в клинике профессора П. Б. Ганнушкина в Москве. С 1924 по 1932 год был профессором психиатрии в Казани, с 1932 года в Харькове — был директором Клинического института Всеукраинской психоневрологической академии, профессором психиатрии психоневрологического





института кадров академии, профессором психоневрологического факультета II Харьковского медицинского института. С 1943 года заведовал кафедрой психиатрии III Московского медицинского института. Крупный общественный деятель, активно работал в области организации психиатрической помощи. Т. И. Юдин принадлежал к прогрессивной группе отечественных психиатров, «объединявшихся вокруг П. Б. Ганнушкина и издававшегося им журнала «Современная психиатрия». Т. И. Юдин — один из строителей общественной советской психиатрии. Многочисленные труды Т. И. Юдина посвящены вопросам наследственности и конституциологии в психиатрии, проблемам шизофрении, психопатий, симптоматических психозов, травматических психических расстройств, проблемам организации психиатрической помощи, организационной психиатрии. Т. И. Юдин написал «Очерки истории отечественной психиатрии».



**ВАЛЕНТИН МИХАЙЛОВИЧ ГАККЕБУШ** (1881—1931) окончил медицинский факультет Московского университета в 1904 году. Работал по окончании университета в Полтавской психиатрической больнице (1904—1906). Участвовал в русско-японской войне. Был ординатором Харьковской психиатрической больницы, в 1907 году был избран в состав правления больницы. В Харькове развил кипучую научную и общественную деятельность, боролся за «больничную автономию» в условиях царского режима, за систему «нестеснения», против применения изоляторов, участвовал в организации патронажа, развивал трудовую терапию. Был ассистентом клиники нервных и психических болезней Харьковского женского медицинского

института. Участвовал в империалистической войне, после которой начал работать в Киеве, где руководил 4-м санаторием, поставил на столь высокий уровень изучение и лечение неврозов, что это учреждение приобрело республиканское значение. Был (вместе с Б. Н. Маньковским) организатором и директором Киевского психоневрологического института (созданного на базе 4-го санатория) — крупного научно-исследовательского учреждения, разрабатывавшего актуальные проблемы психиатрии, невропатологии, организации психоневрологической помощи. Организовал ряд научно-исследовательских лабораторий. Руководил кафедрой психиатрии Киевского медицинского института. Был (вместе с Б. Н. Маньковским) основателем журнала «Советская психоневрология», имевшего всесоюзное значение. Воспитал многочисленные кадры психиатров-клиницистов, работников детской психиатрии, организаторов психиатрической помощи. Профессор В. М. Гаккебуш — крупный ученый, был прекрасным психиатром-клиницистом, психотерапевтом, активным организатором психиатрической помощи. В. М. Гаккебуш широко внедрил физиологические методы в изучение



и лечение психически больных, чему посвятил ряд научных работ. Описал (в 1912 году совместно с Т. А. Гейером и в 1915 году совместно с А. И. Геймановичем представил анатомические исследования) альдгеймеровский синдром, как клиническое выражение атеросклероза мелких сосудов коры головного мозга с такими же очаговыми расстройствами, как при болезни Альцгеймера и сенильно-атрофическими изменениями. Сосуды мозговой коры резко изменяются в областях, преимущественно поражающихся при старческой атрофии. Эта псевдоальцгеймеровская форма мозгового артериосклероза получила название болезни Гаккебуша—Гейера—Гаймановича. Основные работы В. М. Гаккебуша: «Об альдгеймеровской болезни» (совместно с Т. А. Гейером, «Современная психиатрия», 1912); «О системе «асемических» психозов старости с атрофическими очагами в мозгу; «Клиника и патологическая анатомия» (совместно с А. И. Геймановичем) — Юбилейный сборник Н. Ф. Мельникова-Разведенкова, Т. 1, 1916; «Нервные заболевания в связи с воздушной контузией», Совр. психиатрия, 1916; «Новые пути в изучении эмоций», Совр. психоневрология, 1926; «Вопросы законодательства о криминальных душевнобольных», Харьк. мед. журнал, 1913; «Курс судебной психопатологии», 1928; «Гігієна духу», Киев, 1924; «К критике современного применения психоаналитического метода лечения», Совр. психоневрология, 1925; «Среда и детская истерия», Совр. психоневрология, 1930; «Децентрализация психиатрической помощи и т. д.», Харьк. мед. журнал, 1908.

**ВИКТОР ПАВЛОВИЧ ПРОТОПОВ** (1880—1957) — выдающийся советский психиатр. Окончил Военно-медицинскую академию в С.-Петербурге. С 1906 года был постоянным сотрудником В. М. Бехтерева. Создал патофизиологическую школу в советской психиатрии, разработал оригинальные методики исследования высшей нервной деятельности, описал симпатикотонический синдром при маниакально-депрессивном психозе. На основе изучения особенностей высшей нервной деятельности в сопоставлении с исследованием соматических, биохимических изменений, изменений обмена веществ разработал свою концепцию патогенеза шизофрении и маниакально-депрессивного психоза. Применил лечение сном, ввел в лечебную практику метод сепараторов, методики дезинтоксикационной терапии, диетотерапии, способа санаторного лечения, профилактики маниакально-депрессивного психоза. Велика роль В. П. Протопопова в организации психиатрической помощи, перестройки психиатрических учреждений, психиатрии на основе учения И. П. Павлова. В 1921—1923 гг. В. П. Протопопов организовал кафедру психиатрии в городе Перми. С 1923 года заведовал кафедрой психиатрии Харьковского меди-





цинского института, организовал институт психиатрии, был инициатором создания психоневрологического факультета в городе Харькове. Создал ряд исследовательских лабораторий. С 1945 года — академик Академии наук УССР, организовал в Институте физиологии имени А. А. Богомольца отдел психиатрии и патофизиологии высшей нервной деятельности, организовал кафедру психиатрии Киевского института усовершенствования врачей, первую кафедру высшей нервной деятельности.

Основные работы акад. В. П. Протопопова: «Соматический синдром, наблюдаемый в течение маниакально-депрессивного психоза» (1920), «Обмен веществ при маниакально-депрессивном психозе, терапия и профилактика этого психоза» (1955), «Проблема маниакально-депрессивного психоза» (1957), «Патофизиологические особенности в деятельности центральной нервной системы при шизофрении» (1938), «Патофизиологические основы рациональной терапии шизофрении» (1956), «К вопросу об организации терапии психозов» (1955), «Принципы и методы охранительной терапии» (1936), «О сочетательной двигательной реакции на звуковые раздражения», Диссертация (1909), «Методы рефлексологического исследования человека» (1923), «Условия образования моторных навыков и их физиологическая характеристика» (1935), «Процессы отвлечения и обобщения (абстракции) у животных и человека» (1950).

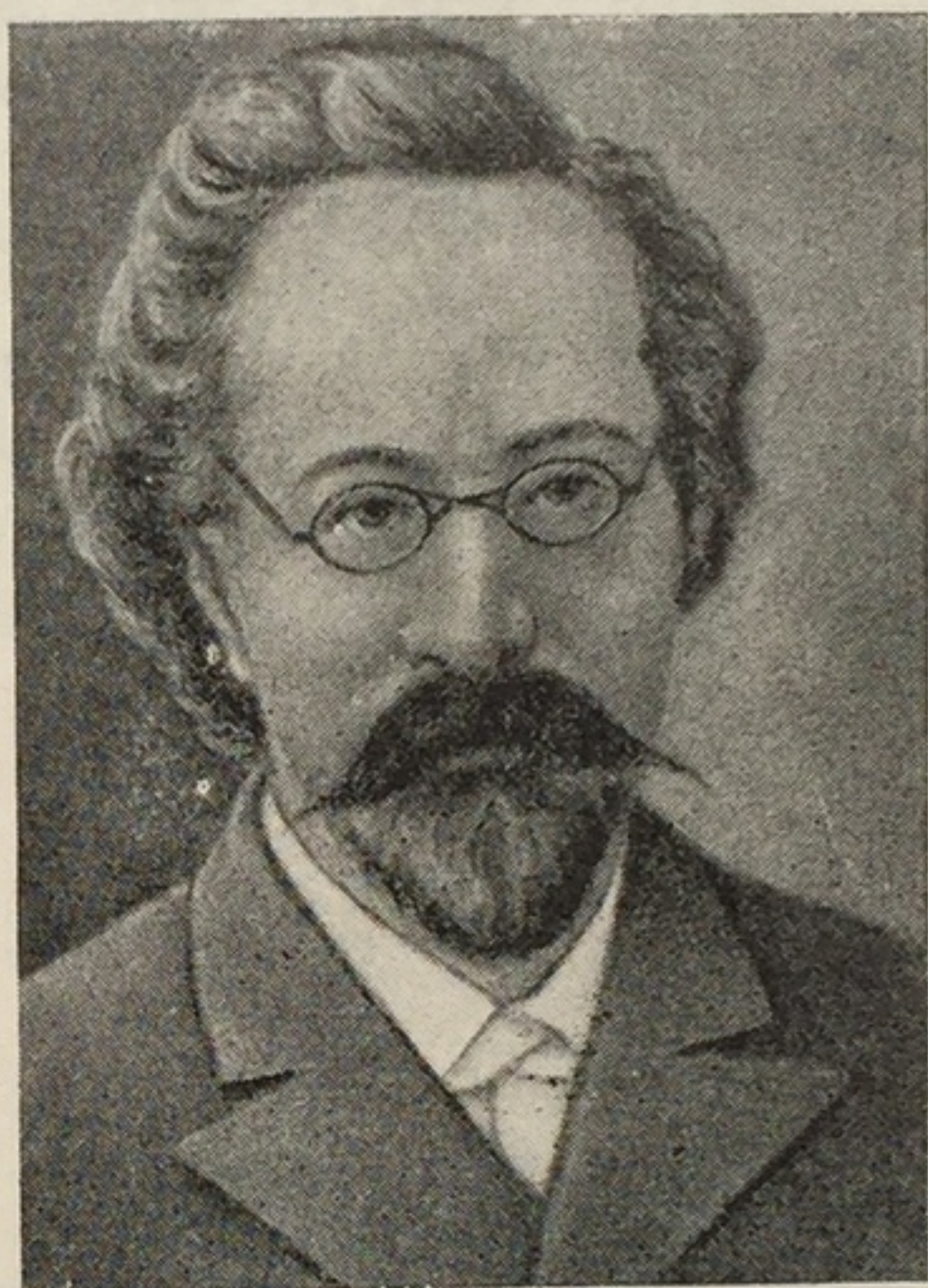
НИКОЛАЙ ВАСИЛЬЕВИЧ КРАИНСКИЙ — в 1893 году окончил медицинский факультет Харьковского университета со званием лекаря с отличием и золотой медалью. С 1894 года работал в клинике профессора П. И. Ковалевского ординатором психиатрического отделения Харьковской губернской земской больницы. С 1896 года — первый старший врач-психиатр Харьковской губернской земской больницы. В 1896 году защитил в Московском университете диссертацию на степень доктора медицины. В 1897 году занимался в клинике Бинсвангера (Иена) и Жолли (Берлин). В 1899 году усовершенствовался в клинике В. М. Бехтерева. В 1899 году был назначен директором Колмовской психиатрической больницы Новгородского губернского земства. Был директором Винницкой психиатрической больницы, Виленской окружной психиатрической лечебницы (близ ст. Ново-Вилейск). В 1915 году был назначен профессором психиатрии в Варшаве.

С 1897 года изъезжал горячую рубашку из обихода психиатрической больницы. В своих воззрениях на сущность психической деятельности Н. В. Краинский стоял на идеалистических позициях. Большое внимание Н. В. Краинским было уделено вопросам патогенеза эпилепсии. Н. В. Краинский показал повышение токсичности мочи эпилептиков после судорожного припадка, увеличение количества мочево́й кислоты после припадка. Исследования Краинского были посвящены изучению азотисто-фосфорного обмена при эпилепсии. По исследованиям Н. В. Краинского, возникновение эпилептического припадка обусловлено накоплением в организме карбаминово-аммиачных солей. В 1899 году за работы по патогенезу эпилепсии Н. В. Краинский был награжден премией Брюссельской академии наук.



Основными работами Н. В. Краинского являются: «Исследование времени психофизической реакции на тактильный и болевой раздражитель» (1893); «Исследование обмена веществ у эпилептиков» (1893); «К патологии падучей. О нарушениях обмена веществ у падучих» (1896); «Патогенез эпилепсии» (1897); «Порча, кликуши и бесноватые» (1900); «Патогенез и лечение эпилепсии» (1901); «Заметки по призрению душевнобольных в России» (1907).

ВЛАДИМИР АЛЕКСЕЕВИЧ БЕЦ (1834—1894) — выдающийся отечественный анатом, один из основоположников учения об архитектонике коры головного мозга. В 1874 году он описал крупные пирамидные клетки коры головного мозга, получившие название гигантских пирамидных клеток Беца. «Его научные открытия составили эпоху в развитии учения о локализации функций в коре мозга... В. А. Бец обосновал и сформулировал основные положения разделения коры мозга на citoархитектонические области и поля» (С. А. Саркисов).



ФИЛИПП ПИНЕЛЬ (1745—1826) — французский врач-психиатр, в 1777 году окончил медицинский факультет в Монпелье. До этого учился на естественно-историческом факультете в Тулузе, где защитил диссертацию на тему «О достоверности, которую математика дает нашим суждениям при занятии науками». Перевел и издал в 1785 году сочинение шотландского врача Каллена (1712—1790) (автора термина «невроз», введенного им в систематику болезней, 1777) «Основы практической медицины»<sup>1</sup>. Опубликовал в редактированном им (с 1784 года) первом гигиеническом журнале «Gasette de santé» статью «Не появляются ли приступы меланхолии чаще и в более сильной степени в первые зимние месяцы?» (1787), статью «Наблюдения над психическим режимом наиболее



<sup>1</sup> Вильям Каллен — профессор медицинской школы в Глазго, профессор физиологии и медицины, фармации и химии в Эдинбургском университете.



целесообразным при лечении маниакальных больных» (1789). В 1798 году Пинель написал распространенное в то время руководство по внутренним болезням «*Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliqué a la médecine*» — «Философская нозография, или метод анализа в применении к медицине». В 1794 году Пинель руководил кафедрой медицинской физики и гигиены. С 1784 до 1795 года преподавал внутренние болезни и психиатрию. В 1803 году был избран академиком. Установил сначала в Бисетре, а затем в Сальпетриере лечебный режим, освободил больных от цепей, организовал трудовые лечебные процессы, прогулки больных, распределение больных по состояниям, ввел врачебные обходы.

Имя Пинеля служило символом лечебно-гуманного отношения к больным. Деятельность Пинеля по устройству гуманного содержания больных была охарактеризована как подвиг (Ю. В. Каннабих). Пинель и его ученик Ж. Е. Д. Эскироль явились основателями научной психиатрии во Франции. В 1801 году была издана в Париже книга Ф. Пинеля «*Traité medicophilosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*». (Медико-философское учение о душевных болезнях, перевод К. И. Ковалевской и А. И. Ющенко под редакцией П. И. Ковалевского, 1899, СПб).



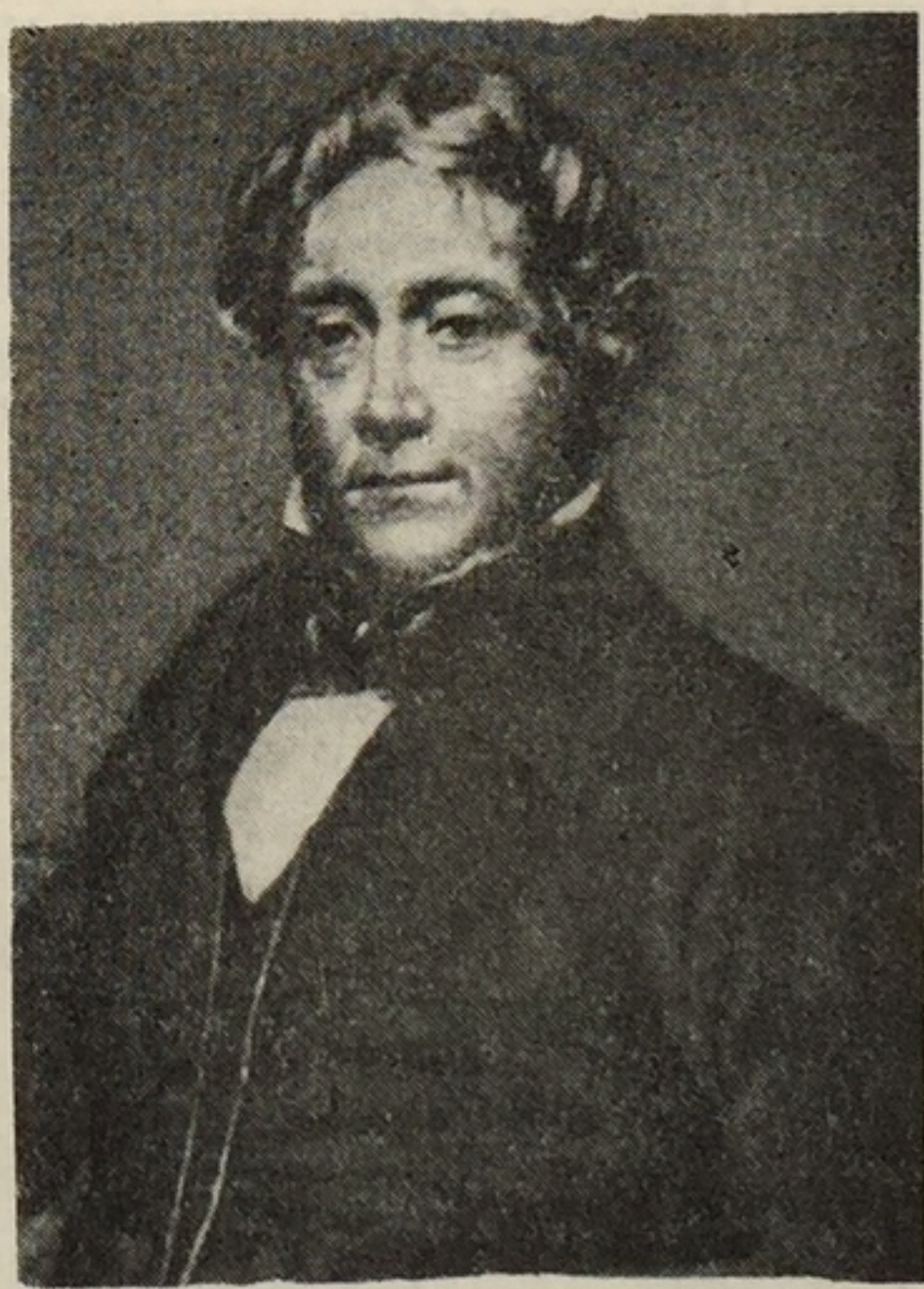
**ЖАН-ЭТЬЕН ДОМИНИК ЭСКИРОЛЬ** (1772—1840) — один из основателей научной психиатрии во Франции. Окончил медицинский факультет в Тулузе. Работал в Монпелье, затем в Париже под руководством Ф. Пинеля. Разработал учение о мономаниях (о так называемом «однопредметном помешательстве», в клинической картине которого бред «ограничивается одним предметом или небольшим числом их»). Эскироль указал на понятие о ремиссиях, на интермиттирующий тип течения психозов, разработал принципы освидетельствования душевнобольных, их правового положения («Закон 1838 года»), провел различие между галлюцинациями и иллюзиями, установил клинический принцип необходимости учета психопатологических и соматических симптомов психических заболеваний, чем намечался естественнонаучный путь изу-

чения психозов. Эскироль оспаривал приоритет профессора хирургии Пенсильванского университета (США) Филиппа Физика (1812) в применении искусственного кормления при помощи зонда, представлявшего собой в то время твердую трубку (мягкий зонд был введен Эвальдом и Озером в Германии, Фоше — во Франции). По инициативе Эскироля под Парижем в 3 километрах от Бисетра была организована первая колония для душевнобольных — ферма св. Анны. В 1821 году Эскироль совершил путешествие в деревню Гель в районе Антверпена, где был впер-

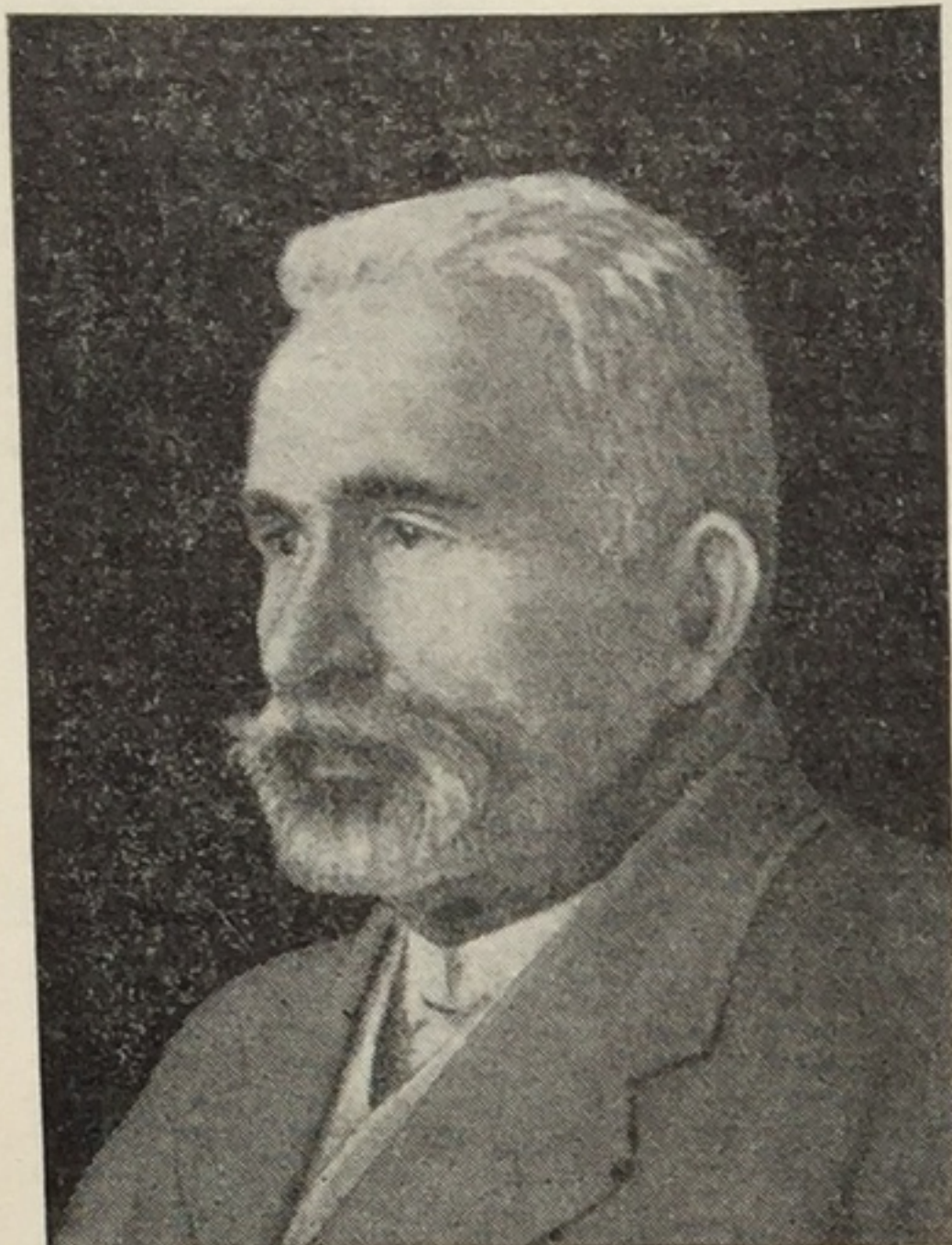


вые в Западной Европе организован своеобразный сельскохозяйственный патронаж душевнобольных, призревавшихся в семьях крестьян и участвовавших в земледельческом труде (очень интересны описания этого способа лечения в Геле содержатся в журнале «Московский вестник», 3-я часть, 1827). К ученикам Эскироля относятся известные французские психиатры: Жорже, Фовиль, Фальре, Кальмейль, Байарже, Ласег, Паршапп, Монро, Морель, Вуазен. Эскироль в 1810 году ввел систематическое преподавание психиатрии на медицинском факультете в Париже. (Его ученик Монро ввел преподавание психиатрии в Эдинбурге в 1823 году, в Лондоне преподавание психиатрии было введено в 1826 году). Эскироль на клинических занятиях указал на расстройство речи, как на смертельный признак при психическом заболевании, определив особенность течения прогрессивного паралича, описанного посещавшим занятия Эскироля Антуаном-Лораном-Жессом Бейлем (1779—1858) в диссертации (1822) «Исследование о душевных болезнях», давшего описание прогрессивного паралича как хронического арахноидита — хронического воспаления паутинной оболочки. (Термин «прогрессивный паралич» принадлежит Делайе — ученику Эскироля). К основным трудам Эскироля относятся: «Медико-философский трактат», 1802, «О галлюцинациях у душевнобольных», 1817; «Руководство о душевных болезнях», 2 тома, 1838.

ДЖОН КОНОЛЛИ (1794—1866) — в 1827 году профессор практической медицины в Лондонском университете, где безуспешно хлопотал об учреждении особой кафедры психиатрии. В 1830 году переехал в Генуель, где работал главным врачом «дома умалишенных». Осуществил в Англии отмену механических стеснений при лечении душевнобольных в 1839 году в Генуэле. В 1856 году издал книгу «Лечение душевнобольных без механического стеснения». Диссертация Джона Конолли написана на тему «О состоянии сознания при помешательстве и меланхолии». Есть основания полагать, что название принципа «по-restraint» — «никаких стеснений» связано с именем Д. Конолли, деятельностью Эдуарда Чарльворта (1783—1853), Роберта Гардинера Гилля (1811—1864). В уходе за больными Д. Конолли выдвинул принцип — «насилие равнозначуще небрежности».

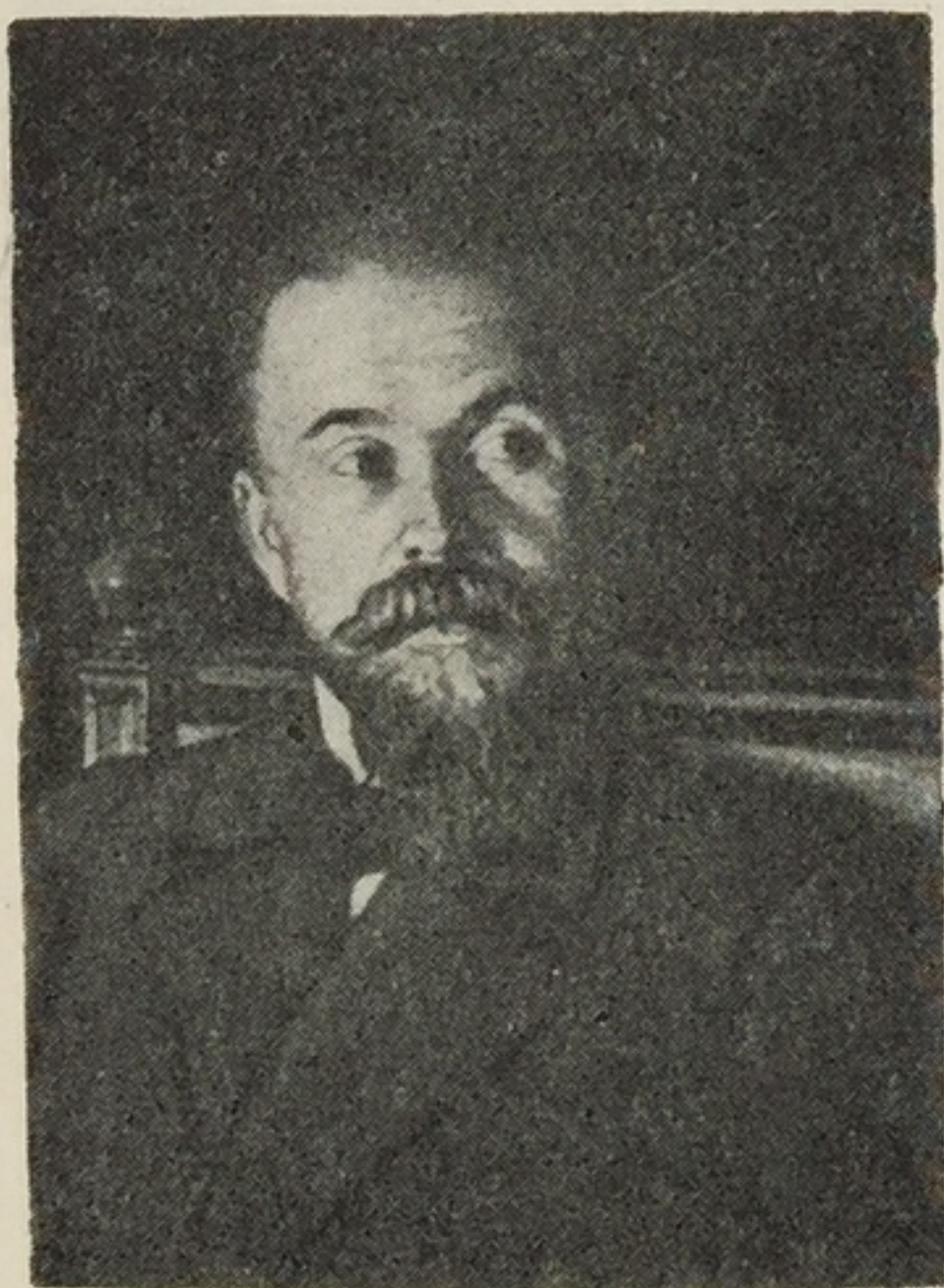






**ЭМИЛЬ КРЕПЕЛИН** (1856—1926) — выдающийся немецкий психиатр. Был профессором в Дерпте (Тарту) — с 1886 г., а затем в Германии профессором в Гейдельберге (1891), с 1903 года — в Мюнхене. С 1922 года работал в организованном им в Мюнхене исследовательском психиатрическом институте. Будучи приват-доцентом в Лейпциге, издал в 1883 году «Компендиум по психиатрии», превратившийся в учебник психиатрии, в котором с 5 издания (1896) Крепелином было начато изложение нозологической концепции. Созданная Крепелином нозологическая систематика получила в свое время значительное распространение. Нозологические концепции Крепелина были основаны на изучении болезней с точки зрения их течения и особенно

исхода, что в дальнейшем не способствовало раннему распознаванию и своевременному лечению. «Диагностические группировки, которые сам Крепелин никогда не считал окончательными, до сих пор сохранили свою практическую ценность» (О. В. Кербиков). Крепелин был по существу создателем клинического учения о циркулярном психозе и раннем слабоумии. Учебник психиатрии Крепелина (объемом более 3000 страниц) выдержал 8 изданий (9-е посмертное). Крепелин широко пользовался экспериментально-психологическими исследованиями, ввел фармако-психологическое изучение. Из его работ следует указать на первую его научную работу «О влиянии острых заболеваний на возникновение психических болезней» (1882), «О формах проявления психических заболеваний» (1920), «О влиянии некоторых лекарственных веществ на элементарные психические процессы», «100 лет психиатрии»; Крепелиным были произведены исследования влияния алкоголя на нервно-психическую деятельность, влияния упражнения на умственный труд, утомление и колебания внимания.



**КАРЛ ВЕРНИКЕ** (K. Wernicke) (1848—1905) — работал офтальмологом в Бреславле, затем занимался хирургией (во время франко-прусской войны). С 1873 года приступил в Бреславле к занятиям психиатрией и невропатологией. Под влиянием Карла Вейгерта (создателя методики окраски миелиновых волокон), открытий Фритча, Гитцига, Брока, работ Мейнерта формировались клинико-анатомические интересы Вернике, приведшие его к разработке сенсорной афазии и ее анатомической локализации, что было описано в труде «Der aphasische symptomkomplex. Eine psychologische studie auf anatomischen Basis», 1874. (Афазический симптомокомплекс. Психологическое исследование на анатомической основе). Вернике пытался пере-

строит  
логичес  
томиче  
психич  
гию мо  
среды),  
хическу  
та). В  
(напри  
Верник  
гиперки  
зов или  
driss de  
клинич  
алкогол  
лит (ро  
ложник  
логичес

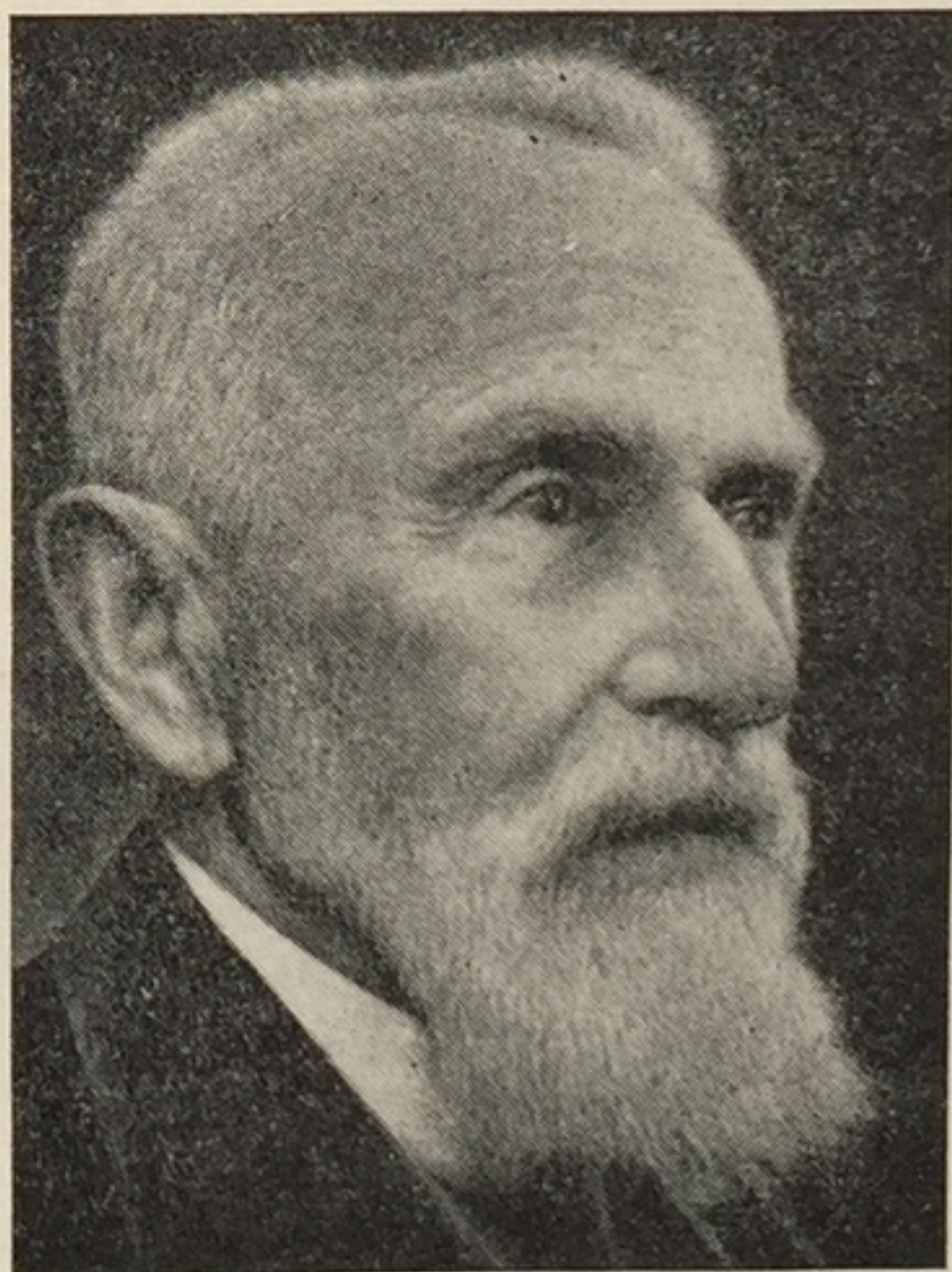
ЭУ  
ный ше  
ница Б  
тантино  
врологи  
вал раб  
zur allg  
gie» (18  
durch S  
auf dem  
dungen»  
suistick  
(1885) с  
Бернгар  
шествени  
занимал  
проблем  
мам афаз  
минальн  
lepsi» (1  
психиатр  
ным его  
работа «  
мие или п  
клиничес  
гический  
цепции, с  
лексной



строить психопатологию, клиническую психиатрию на анатомо-физиологических основаниях и рассматривал ассоциационные волокна как анатомическую основу психических процессов. Вернике выделял три основные психические системы, выражающие нарушения мозговых функций, патологию мозга — аллопсихическую систему (нарушение восприятия внешней среды), соматопсихическую систему (нарушение восприятия тела), аутопсихическую систему (нарушение психической личности — психического опыта). Выделялись аллопсихозы (например, белая горячка), соматопсихозы (например, ипохондрические состояния), аутопсихозы (например, паранойя). Вернике выделял так называемые двигательные психозы — акинетические, гиперкинетические, паракинетические — как начальные стадии аутопсихозов или соматопсихозов. Воззрения Вернике изложены в его труде «Grundriss der Psychiatrie» (1900—1905) (Основы психиатрии). Вернике ввел в клиническую психиатрию понятие сверхценной идеи, описал пресбиюфрению, алкогольный галлюциноз, острый верхний геморрагический полиоэнцефалит (polioencephalitis acuta haemorrhagica superior), был одним из основоположников неврологического направления в психиатрии, церебрально-патологического (Клейст) течения в психопатологии.

---

ЭУГЕН БЛЕЙЛЕР (1857—1939) — известный швейцарский психиатр (Цюрих — больница Бургольцли). Основал вместе с Константином ф.-Монаковым психиатрическое-неврологическое общество в Цюрихе. Опубликовал работы (наиболее известные): «Beiträge zur allgemeinen Muskel — und Nervenphysiologie» (1879), «Zwangsmässige Lichtempfindung durch Schall und Verwandete Erscheinungen auf dem Gebiete der anderen Sinnesempfindungen». В диссертации Блейлера «Zur Kasuistik der Herderkrankungen der Brücke» (1885) сказалось влияние Шарко (Париж), Бернгарда ф.-Гуддена (Мюнхен) и его предшественника Фореля (Цюрих), у которых занимался Блейлер. Его работы посвящены проблемам практической психиатрии, проблемам афазий, психотерапии, так называемой криминальной психопатологии. Ценной является его работа «Die Gliose bei Epilepsie» (1895). С 1898 до 1927 года Блейлер был после Фореля профессором психиатрии в Цюрихе и директором больницы Бургольцли. Наиболее известным его трудом является напечатанная в руководстве Ашаффенбурга (1911) работа «Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien» (Раннее слабоумие или группа шизофрений), в которой, исходя в основном из крепелиновских клинических трактовок раннего слабоумия, Блейлер представил психопатологический анализ клинических картин, привлекая психоаналитические концепции, собственные глубинно-психологические трактовки аффективно-комплексной динамики, показал раннее слабоумие, как «психоз расщепления»,





разделил клиническую картину на главные, основные и добавочные признаки болезни. В развитии концепции Блейлера обнаруживались его идеалистические воззрения, наиболее четко сказавшиеся в его работах: «Die Naturgeschichte der Seele und ihres Bewustwerdens» (1921—1932), «Psychisches in den Körperfunktionen und in der Entwicklung der Arten» (1924), «Die Psychoide als Princip der organischen Entwicklung» (1925), «Mechanismus — Vitalismus — Mnemismus» (1931), «Mnemistische Biologie und Psychologie» (1936), «Affectivität, Suggestibilität, Paranoia» (1926), «Autistisch — undisciplinirtes Denken in der Medicin und sein Überwindung» (1916), «Die naturwissenschaftliche Grundlagen der Ethik» — последнее сочинение Блейлера.

Блейлер придерживался «теории мнемизма» или, как ее называли, «мнестическо-мнемического материализма», считал «память» основной функцией органического развития, так называемый «психоид» — основным элементом мнемической функции организма. Отечественная советская психиатрия, используя полезные части исследования Блейлера, касающиеся некоторых клинико-психопатологических особенностей шизофренических изменений, отрицательно-критически относилась к его воззрениям на сущность психической деятельности и развивалась вне влияния блейлеровских концепций.

---



УЧЕБНЫЕ  
ТАБЛИЦЫ



TAPINTP  
NABHPIE



## ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

### ЗРИТЕЛЬНЫЕ

### СЛУХОВЫЕ

простые  
сложные

макроптические  
микроптические  
подвижные  
стабильные  
одиочные  
множественные  
частичные  
сценopodobные

полифонические  
императивные  
односторонние  
антагонистические  
гипнагогические

### ОБОНЯТЕЛЬНЫЕ

### ГАЛЛЮЦИНАЦИИ ВКУСА

### ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ

слуховые  
зрительные  
рече-двигательные

### ИЛЛЮЗИИ

психические  
физические

### ГАЛЛЮЦИНАТОРНЫЙ СИНДРОМ—ГАЛЛЮЦИНОЗ



## ВИДЫ БРЕДА

БРЕДОВОЙ—ПАРАНОИДНЫЙ

ПАРАНОИЧЕСКИЙ—СИНДРОМ

Бред преследования

- » отношения
- » воздействия
- » ущерба
- » величия
- » самообвинения

Ипохондрический бред

Нигилистический »



**РАССТРОЙСТВА**

**СОЗНАНИЯ**

**I**

**ОГЛУШЕНИЕ**

**СОПОРОВЫЕ СОСТОЯНИЯ**

**КОМАТОЗНЫЕ »**

**II**

**ДЕЛИРИОЗНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

**СУМЕРЕЧНЫЕ »**

**АМЕНТИВНЫЕ »**

**III**

**ОНЕИРОИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ**

**АМБУЛАТОРНЫЙ АВТОМАТИЗМ — ТРАНС**

**РАСТЕРЯННОСТЬ**



**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ  
РАССТРОЙСТВА**

Депрессивное состояние

Маниакальное »

Эмоциональная тупость — апатия

Раздражительная эмоциональная  
слабость — слабодушие

Паратимия

Дисфория — дистимия



## КАТАТОНИЧЕСКИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

НЕГАТИВИЗМ  
активный пассивный

СИМПТОМ А. Н. БЕРНШТЕЙНА

СИМПТОМ «ЛЕСТНИЦЫ»

СТУПОР  
негативистический  
(двигательное оцепенение,  
симптом воздушной подушки)  
пассивный

КАТАТОНИЧЕСКОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ

СТЕРЕОТИПИИ  
двигательные  
рече-двигательные  
(вербигерации)

ИМПУЛЬСИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

ПАРАДОКСАЛЬНО-МИМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ  
парамимии  
гримасничание  
хоботковый симптом  
(лицевая судорога)

АВТОМАТИЧЕСКАЯ ПОДЧИНЯЕМОСТЬ  
восковая гибкость — истинная, ложная  
эхопраксия  
эхолалия  
эхомимия

МУТИЗМ

МАНЕРНОСТЬ, ДУРАШЛИВОСТЬ

АМБИВАЛЕНТНОСТЬ

ЗАДЕРЖКИ



**АМНЕЗИИ — РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ—  
ВРЕМЕННЫЕ, ДЛИТЕЛЬНО-ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ**

**ОБЩАЯ ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ**

**ОСТРАЯ ЭПИЗОДИЧЕСКАЯ**

**РЕТРОГРАДНАЯ**

**РЕТРО-АНТЕРОГРАДНАЯ**

**ЧАСТИЧНАЯ**

**РЕТАРДИРОВАННАЯ**

**ЛОЖНЫЕ ВОСПОМИНАНИЯ**

**конфабуляции — продуктивные  
псевдореминисценции — непродуктивные**

**АМНЕСТИЧЕСКИЙ КОРСАКОВСКИЙ СИНДРОМ**

**потеря памяти текущих событий  
и ложные воспоминания**

**ГИПЕРМНЕЗИИ**

**ПАРАМНЕЗИИ — РЕДУПЛИЦИРУЮЩИЕ**



**ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ ПОМЕШАННЫХ**  
**PARALYSIS PROGRESSIVA ALIENORUM**

Средний возраст 35—45—50 лет  
8—15 лет после заражения сифилисом

**СИМПТОМЫ**

Анизокория, вялая реакция зрачков на свет, симптом

Аргайла-Робертсона

Трофические расстройства, ослабление мышечной силы

Расстройство почерка

Расстройство речи

Изменение мимической иннервации — маскообразное лицо,  
сглаженность, асимметрия носогубных складок

Дрожание пальцев вытянутых рук

Фибриллярные подергивания мышц языка,  
круговых мышц рта

Нечувствительность локтевого нерва к давлению

Паралитические, апоплектиформные,  
эпилептиформные припадки

Ослабление памяти, соображения, внимания

Отсутствие «сознания болезни»,  
падение морально-этических чувствований

Эйфория, благодушие, раздражительная  
эмоциональная слабость — слабодушие



**ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ ПОМЕШАННЫХ**  
**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА В КРОВИ**  
**И СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ**

Плеоцитоз	} в спинно- мозговой жидкости
Положительная реакция	
Нонне-Апельта	
Реакция Ланге	

**ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

утолщение, помутнение мягкой мозговой оболочки, атрофия мозгового вещества, изменение объема, веса мозга, внутренняя, наружная водянка, перерождение нервных миелиновых волокон, увеличение волокнистости соединительной ткани, инфильтрация различными клеточными элементами.



**ОСОБЕННОСТИ  
ПАРАЛИТИЧЕСКОГО БРЕДА  
ВЕЛИЧИЯ**

**Крайняя нелепость бредовых идей**

**Возможность увеличения бреда в  
процессе беседы (внушаемость)**

**Совмещение грандиозного с нез-  
начительным в бредовых высказы-  
ваниях**



ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ ПОМЕШАННЫХ

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ  
ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ

ДЕМЕНТНАЯ

ЭКСПАНСИВНАЯ

АЖИТИРОВАННАЯ

ДЕПРЕССИВНАЯ

ЮВЕНИЛЬНАЯ

ЦИРКУЛЯРНАЯ

ПРИПАДОЧНАЯ

ЛИССАУЭРОВСКАЯ



**КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ  
СИФИЛИСА ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**СИФИЛИТИЧЕСКАЯ НЕВРАСТЕНИЯ**

**СИФИЛИТИЧЕСКИЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ**

**СИФИЛИТИЧЕСКИЙ ЭНДОАРТЕРИИТ**

**СИФИЛИТИЧЕСКАЯ ГУММА МОЗГА**

**АПОПЛЕКТИФОРМНЫЙ СИФИЛИС МОЗГА**

**ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИФИЛИС МОЗГА**

**СИФИЛИТИЧЕСКИЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ**

**СИФИЛИТИЧЕСКИЙ ПАРАНОИД**

**СИФИЛИТИЧЕСКИЙ ПСЕВДОПАРАЛИЧ**



**БОЛЬШОЙ  
ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ  
ПРИПАДОК**

**Аура**  
(психическая, двигательная, вегетативная)

Потеря сознания, падение

Тонические судороги

Клонические судороги

Послеприпадочная кома,  
сопор, оглушение, сон

Послеприпадочная амнезия

Острая эпизодическая  
послеприпадочная олигофазия

Отсутствие зрачковой реакции  
на внешние раздражители

Общая анальгезия

Гиперемия, цианоз,  
побледнение лица

Прикус языка

Пена изо рта

Недержание мочи

Симптом Бабинского

**МАЛЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ**



ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ  
ЭПИЗОДИЧЕСКИЕ  
ПСИХОЗЫ — ЭКВИВАЛЕНТЫ

СУМЕРЕЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ

ДИСФОРИИ

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ДЕЛИРИЙ

ОСТРЫЙ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПАРАНОИД



КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

ФОРМЫ

ТЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ

СУДОРОЖНО-СПАСТИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

ПСИХИЧЕСКАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

EPILEPSIA SIMPLEX

ПАРАНОИДНОЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

ЦИРКУЛЯРНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

DEMENTIA EPILEPTICA



**КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ  
ШИЗОФРЕНИИ**

**ПРОСТАЯ ШИЗОФРЕНИЯ**

**КАТАТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА**

**ГЕБЕФРЕНИЧЕСКАЯ   »**

**ПАРАНОИДНАЯ   »**

---

**ЦИРКУЛЯРНАЯ ФОРМА**

**ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ   »**

**ШИЗОФАЗИЯ  
(речевая спутанность)**



**ЦИРКУЛЯРНЫЙ  
(МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ) ПСИХОЗ**

**МЕЛАНХОЛИЧЕСКАЯ, ДЕПРЕССИВНАЯ ФАЗА — ПРИСТУП**

- а) подавленное, тоскливое настроение
- б) умственно-речевое торможение
- в) двигательное торможение

**МАНИАКАЛЬНАЯ ФАЗА — ПРИСТУП**

- а) повышенное настроение
- б) умственно-речевое возбуждение
- в) двигательное возбуждение

**СМЕШАННЫЕ СОСТОЯНИЯ**

- а) ажитированная меланхолия —  
ажитированная депрессия
- б) меланхолическо-параноидный синдром
- в) аментивно-делириозная форма мании
- г) гневная мания
- д) *gaptus melancholicus* —  
меланхолический порыв — острое  
меланхолическое возбуждение

---

**ЦИКЛОТИМИЯ**

легкая, нерезко выраженная форма  
циркулярного, маниакально-депрессивного психоза



**АРТЕРИОСКЛЕРОЗ  
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ**

**АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКАЯ ДЕПРЕССИЯ**

**АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ ПАРАНОИД**

**АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ**

**АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЙ СИНДРОМ  
(так наз. поздняя эпилепсия)**

**СУМЕРЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ**

**АПОПЛЕКТИЧЕСКОЕ АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ  
СЛАБОУМИЕ — АРТЕРИОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ  
СЛАБОУМИЕ**



**СЕНИЛЬНЫЙ  
(СТАРЧЕСКИЙ) ПСИХОЗ**

**ПАРАНОИДНАЯ ФОРМА**

**ДЕПРЕССИВНАЯ   »**

**СЕНИЛЬНОЕ СЛАБОУМИЕ**

---

**ПРЕСБИОФРЕНИЯ**

**АЛЬЦГЕЙМЕРА БОЛЕЗНЬ**

**ПИКА БОЛЕЗНЬ**



**ПРЕСЕНИЛЬНЫЙ  
(ПРЕДСТАРЧЕСКИЙ)  
ПСИХОЗ**

**ДЕПРЕССИВНАЯ ФОРМА**  
(инволюционная, пресенильная меланхолия)

**ПАРАНОИДНАЯ ФОРМА**  
(пресенильный бред ущерба)

**АЖИТИРОВАННАЯ ФОРМА**

**КАТАНОПОДОБНЫЙ СИНДРОМ**  
(так называемая поздняя кататония)

---

**ИНВОЛЮЦИОННАЯ, КЛИМАКТЕРИЧЕСКАЯ ИСТЕРИЯ**



ОЛИГОФРЕНИЯ

СТЕПЕНИ

ИДИОТИЯ

ИМБЕЦИЛЬНОСТЬ

ДЕБИЛЬНОСТЬ

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

АМАВРОТИЧЕСКАЯ ИДИОТИЯ

БОЛЕЗНЬ ДАУНА

ОЛИГОФРЕНИИ ЭНДОКРИНОПАТИЧЕСКИЕ

ОЛИГОФРЕНИИ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОБМЕНА

ОЛИГОФРЕНИИ — ПОСЛЕДСТВИЯ

ИНФЕКЦИИ — ТОКСОПЛАЗМОЗ

ПИРОВИНОГРАДНАЯ ОЛИГОФРЕНИЯ



**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЧЕРЕПНО-  
МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ — ЦЕРЕБРОТРАВМАТИЧЕСКИЕ  
ПСИХОЗЫ**

**Затуманение сознания — обнубиляция**

**Сопор**

**Кома**

**ОСТРЫЕ ЦЕРЕБРОТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ**

**Травматический делирий**

**Травматическое сумеречное состояние**

**Травматическая аменция**

**ЗАТЯЖНЫЕ ЦЕРЕБРОТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ**

**Травматическая церебрастения —  
травматическая деменция**

**Травматический корсаковский  
симптомокомплекс**

**Травматическая эпилепсия**

**Травматическая церебрастения с истерическими реакциями (так  
называемая травматическая истерия)**

**Травматическая церебрастения с бредообразованием  
(травматический параноид)**



## **АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ**

**ОСТРОЕ АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ**

**ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛИЗМ**

**БЕЛАЯ ГОРЯЧКА ПЬЯНИЦ**

**КОРСАКОВСКИЙ ПОЛИНЕВРИТИЧЕСКИЙ ПСИХОЗ**

**АЛКОГОЛЬНЫЙ ПСЕВДОПАРАЛИЧ**

**ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ**

**ХРОНИЧЕСКИЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ**

**АЛКОГОЛЬНЫЙ ПАРАНОИД — АЛКОГОЛЬНЫЙ БРЕД РЕВНОСТИ**

**ГАЛЛЮЦИНАТОРНОЕ СЛАБОУМИЕ ПЬЯНИЦ**

**АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ**

**ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ОПЬЯНЕНИЕ**

**ДИПСОМАНИЯ**



**ПСИХОГЕННЫЕ  
РЕАКЦИИ, НЕВРОЗЫ**

**АСТЕНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ**  
острые и затяжные

**СИНДРОМ НАВЯЗЧИВЫХ СОСТОЯНИЙ —  
ПСИХАСТЕНИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ**

**ДЕПРЕССИВНЫЕ СИНДРОМЫ**  
острые и затяжные

**ПАРАНОИЧЕСКО-ПАРАНОИДНЫЕ СИНДРОМЫ**  
острые и затяжные

**ИНДУЦИРОВАННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

**ГАНЗЕРОВСКИЙ СИНДРОМ**

**СИНДРОМ ПСЕВДОДЕМЕНЦИИ**

**ИМПУЛЬСИВНЫЕ, ШОКОВЫЕ РЕАКЦИИ**

**ШИЗОФОРМНЫЕ РЕАКЦИИ**

**ЭПИЛЕПТИФОРМНЫЕ РЕАКЦИИ**

**СИНДРОМЫ ПЕРВЕРЗИИ**

**ИСТЕРИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ**



ПОСКОЛЕННЫЕ

ПЕЛЕНКИ, ПЕРЮГА

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ

ПОСЛЕДНИЕ СНАРЯДЫ



СИМПТОМЫ И ФОРМЫ  
ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
СИМПТОМЫ И ФОРМЫ

пр  
ни  
из  
ог  
тр  
уч  
та  
ил  
эт  
пр  
но  
ка  
га  
пе  
си

гал  
с ф  
за)  
ил  
реа

гал  
нез  
вне  
тел  
ств  
аль  
лю  
эле

1) п  
(ри  
(ри  
чес

пос  
ния

над  
гал  
при  
сред



## ГАЛЛЮЦИНАЦИИ

Обман чувств, ложное представление; такое расстройство восприятия, при котором впечатление не соответствует действительности; образы, возникающие в содержании сознания без внешних раздражений, без повода извне — таковы обычно употребляющиеся в клинической психиатрии определения галлюцинаций. Согласно с исследованиями И. П. Павлова и трудами отечественных советских психиатров, основанными на павловском учении о высшей нервной деятельности, галлюцинации возникают в результате образования в коре головного мозга (в соответствующем анализаторе или сигнальной системе) патологических очагов инертного возбуждения: в этих условиях следы прошлых раздражений чрезмерно усиливаются и представления приобретают интенсивность, достигающую степени реального восприятия; концентрирование очагов инертного возбуждения в клетках мозга на уровне первой сигнальной системы лежит в основе зрительных галлюцинаций; возникновение слуховых галлюцинаций объясняется концентрацией подобных очагов возбуждения на уровне второй сигнальной системы.

Е. А. Попов выдвинул концепцию, согласно которой возникновение галлюцинаций связывается не с возбуждением, а с частичным торможением, с фазовыми состояниями в коре мозга (уравнительная и парадоксальная фаза): благодаря фазовым состояниям след бывших восприятий, представление или образ воспоминания, т. е. раздражитель слабый приобретает значение реального восприятия.

В. Кандинский с клинико-психопатологической точки зрения определял галлюцинации как чувственные представления, возникающие субъективно, независимо от внешних впечатлений, но тем не менее проецирующиеся во внешний мир и наделяемые таким же характером объективности и действительности; которые при обыкновенных условиях принадлежат лишь чувственным образам, получающимся при непосредственном восприятии реальных представлений. Элементарными галлюцинациями называются галлюцинации, заключающиеся в возникновении отдельных неоформленных элементов зрительных и слуховых ощущений.

Многообразие галлюцинаторных форм может быть расчленено на 5 групп: 1) галлюцинации зрения (рис. 62—73, 75—103), 2) галлюцинации слуха (рис. 58—73, 75—91), 3) галлюцинации вкуса, 4) галлюцинации обоняния (рис. 74), 5) галлюцинации общего чувства, так называемые сомато-психические галлюцинации.

Основным отличием галлюцинаций от иллюзий является наличие при последней действительного внешнего раздражения, доходящего до сознания в искаженном виде.

Первое разделение обманов чувств на галлюцинации и иллюзии принадлежит Эскиролю (стр. 58). В некоторых случаях практически отделить галлюцинации от иллюзий очень трудно. В детской психопатологии (даже при шизофрении) обнаруживается преобладание зрительных галлюцинаций среди других обманов чувств.



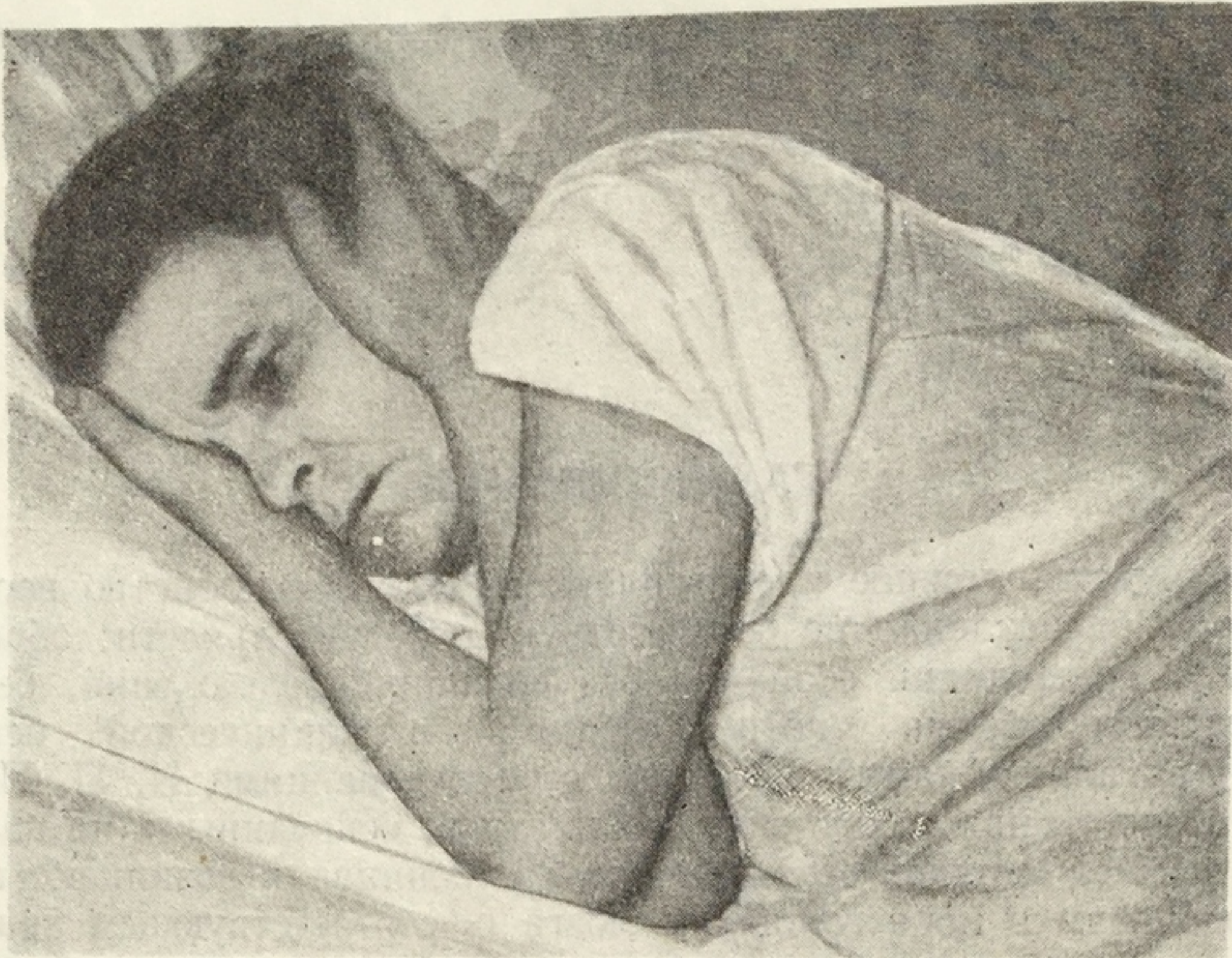


Рис. 58. Слуховые галлюцинации.

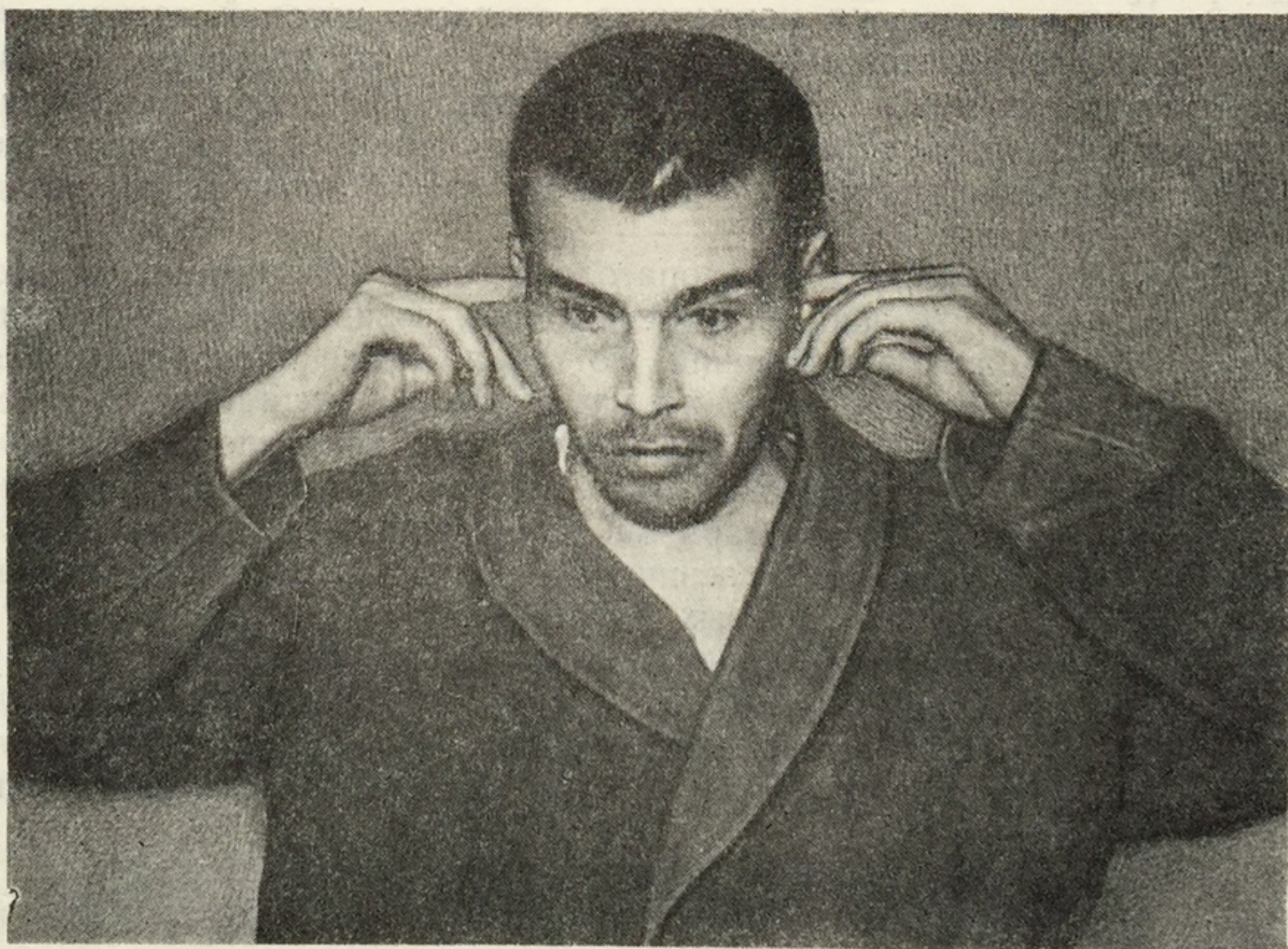


Рис. 59. Травматическая церебропатия. Слуховые галлюцинации.



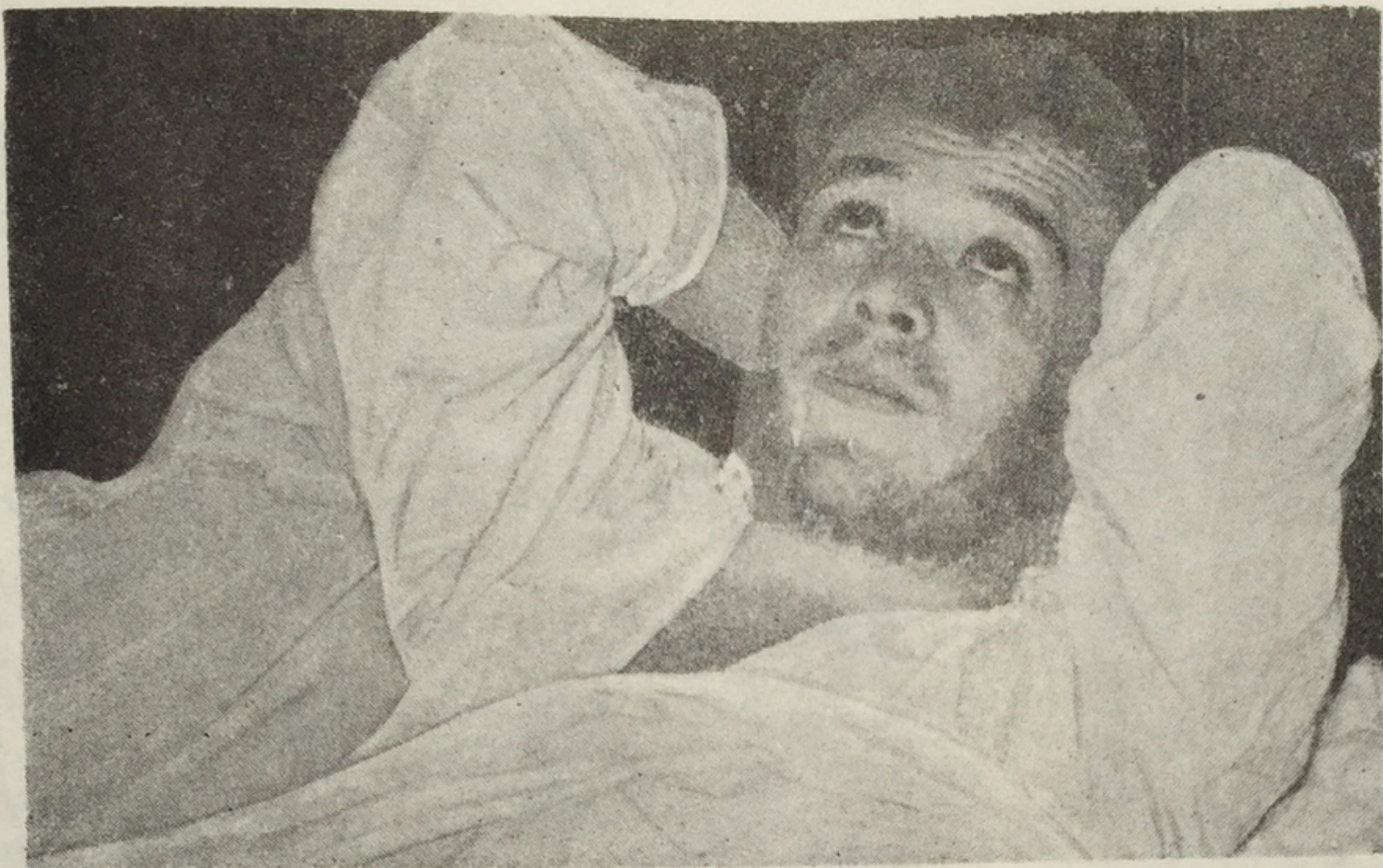


Рис. 60. Шизофрения. Слуховые и зрительные галлюцинации.

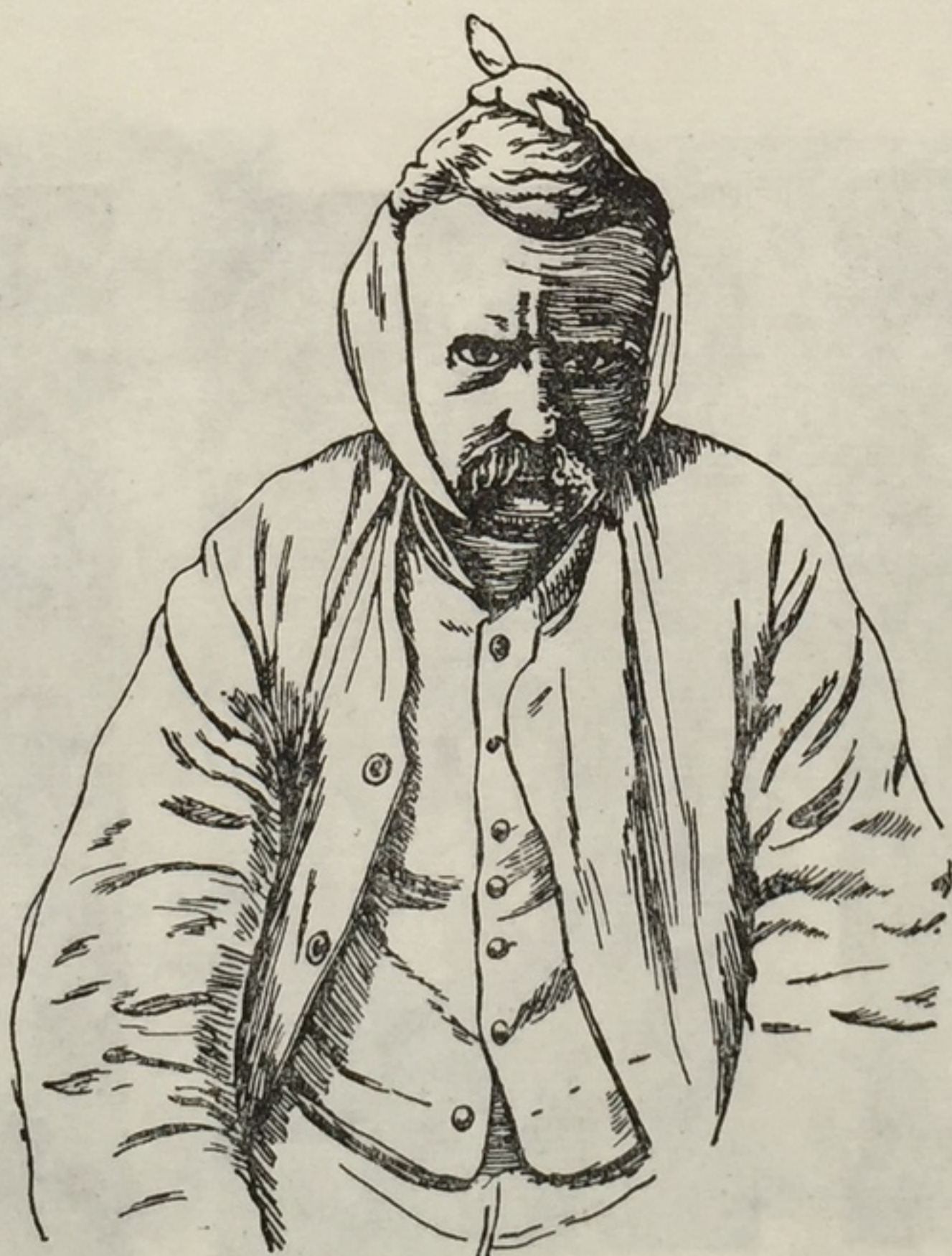


Рис. 61. Больной шизофренией. Идеи преследования, стойкие слуховые галлюцинации (сделанная больным повязка, «предохраняющая от голосов»). А. Мари (A. Marie), Слабоумие (La d'émence), П. 1906.





Рис. 62—67 Дебильность, алкоголизм, истерические реакции. Делириозный синдром. Слуховые и зрительные галлюцинации. (Последовательное фотоизображение).





Рис. 68—72. Дебильность, алкоголизм, истерические реакции. Делириозный синдром. Слуховые и зрительные галлюцинации. (Последовательное фотоизображение).



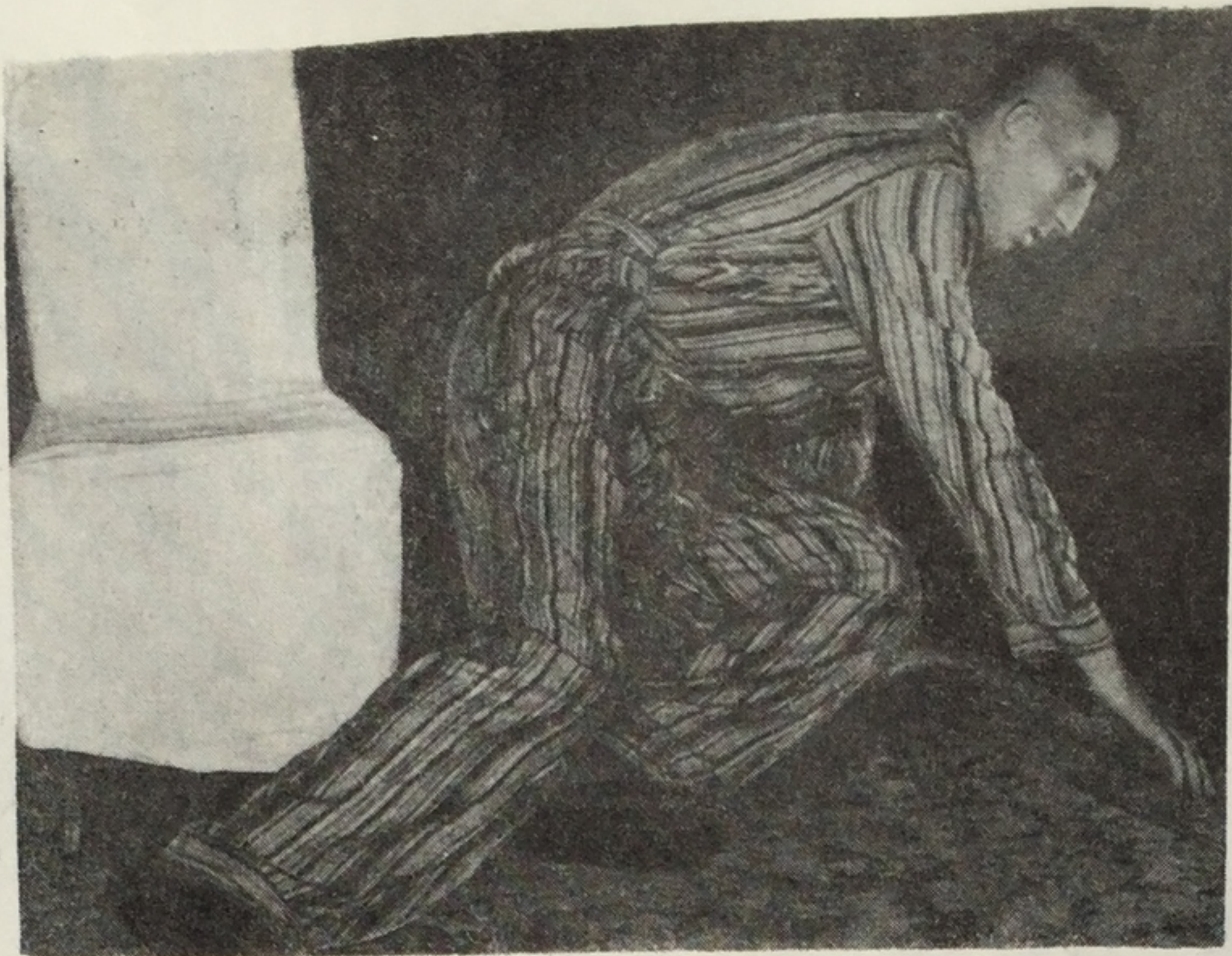


Рис. 73. Дебильность, алкоголизм, истерические реакции. Делириозный синдром. Слуховые и зрительные галлюцинации. (Последовательное фотоизображение).

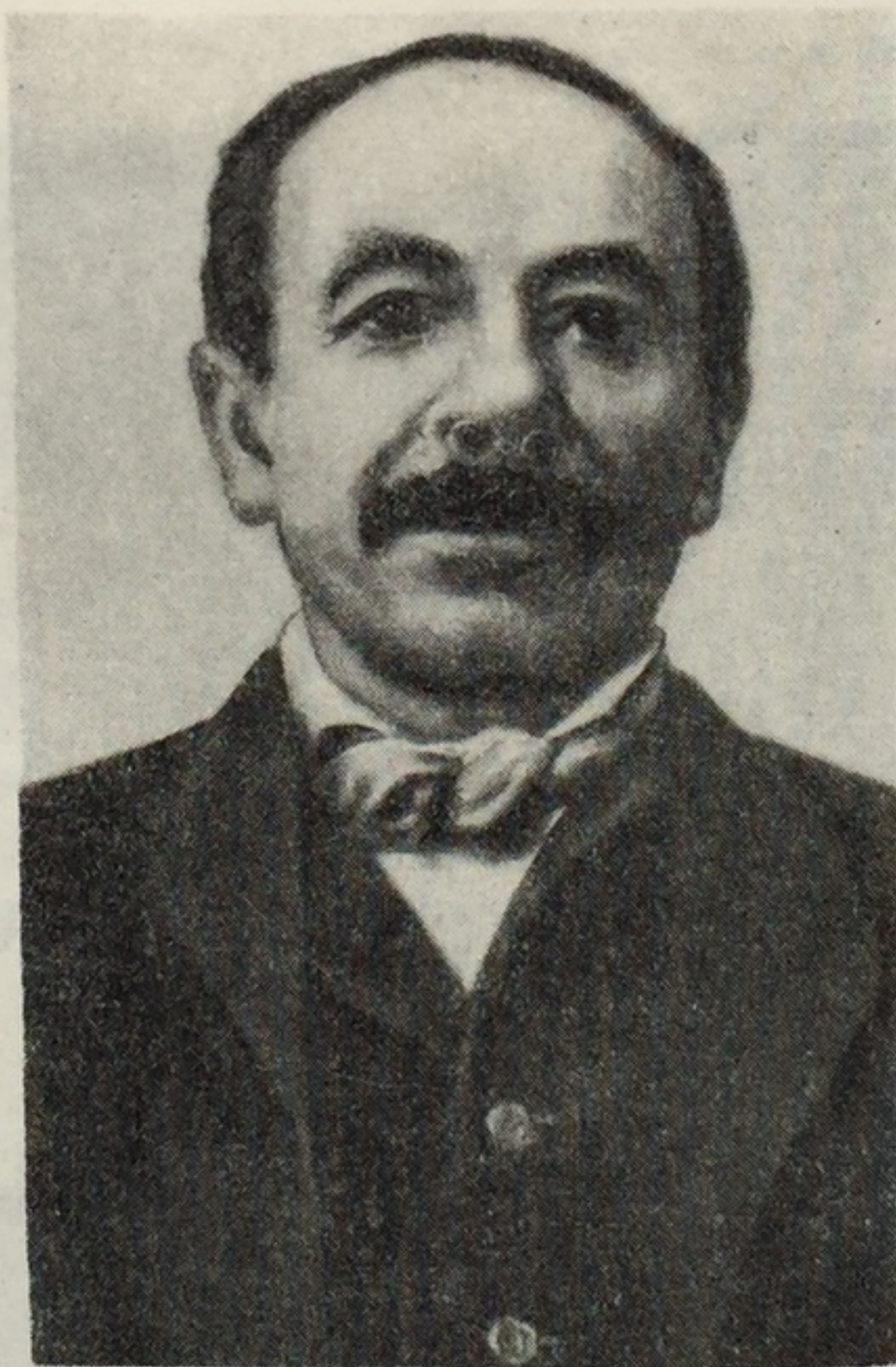


Рис. 74. Больной с обонятельными галлюцинациями и вставленными им в ноздри «предохранительными цилиндриками». В. Вейгандт (W. Weygandt), Учебник психиатрии (Lehrbuch der Psychiatrie), 1897.



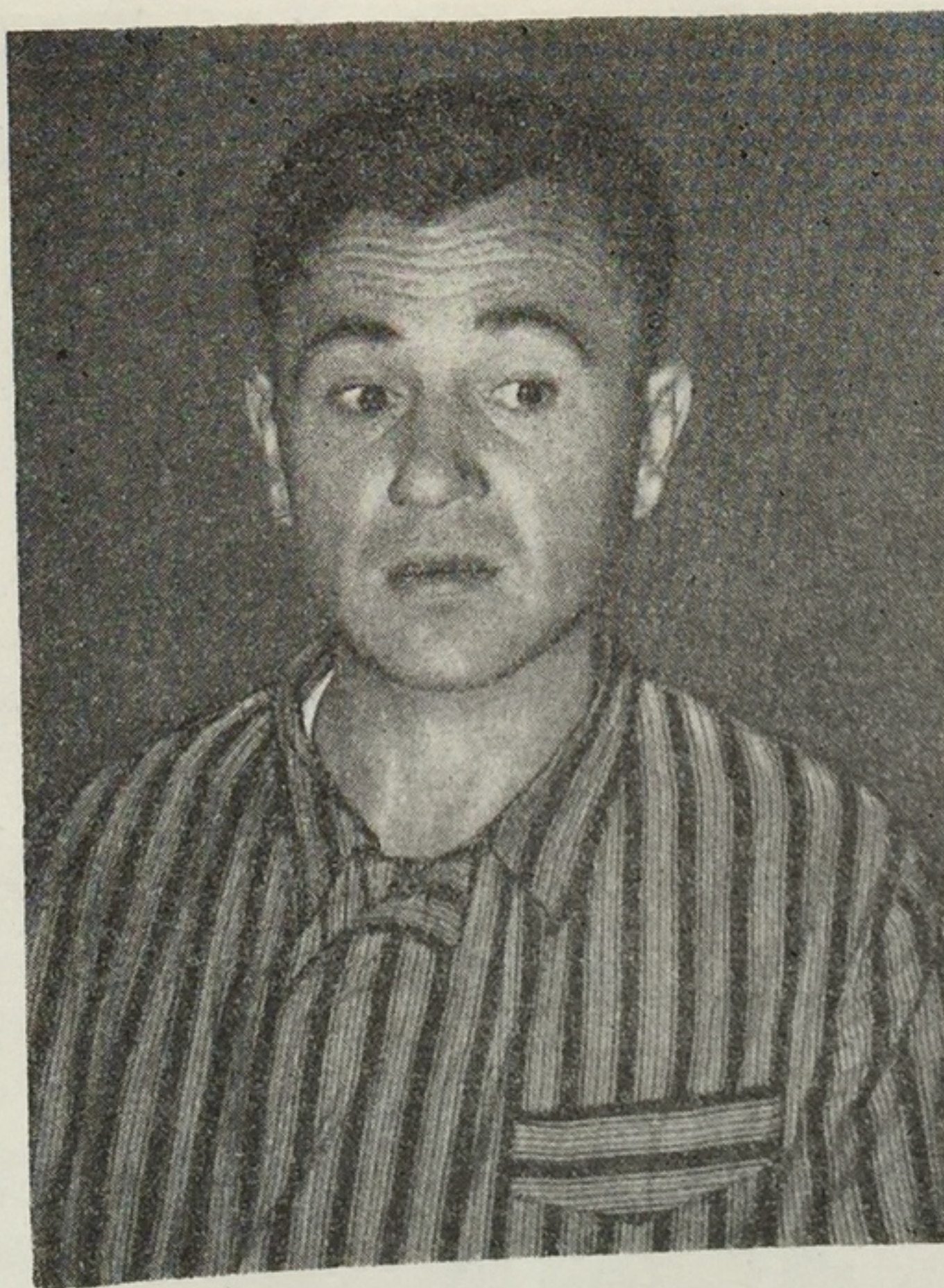
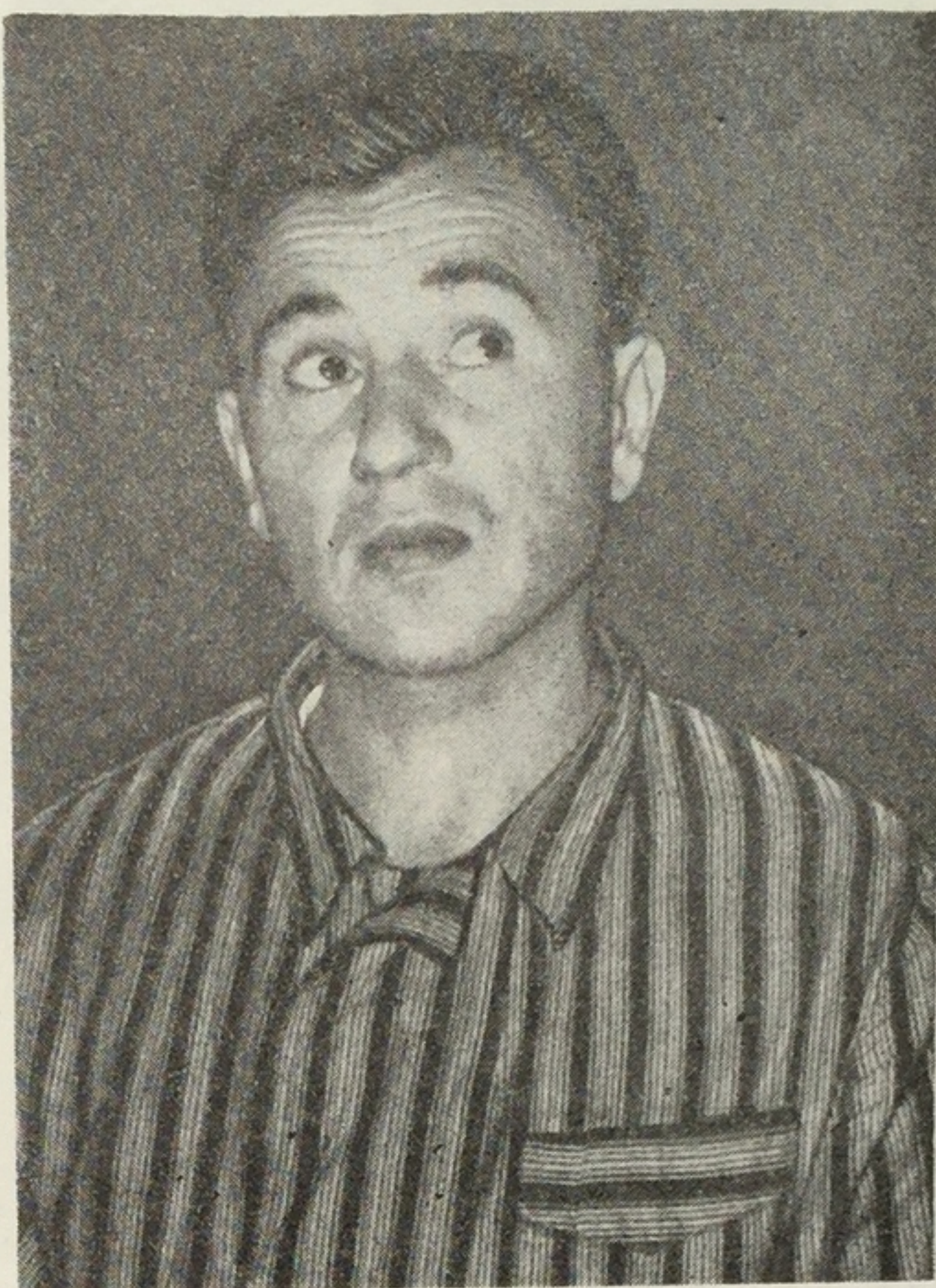
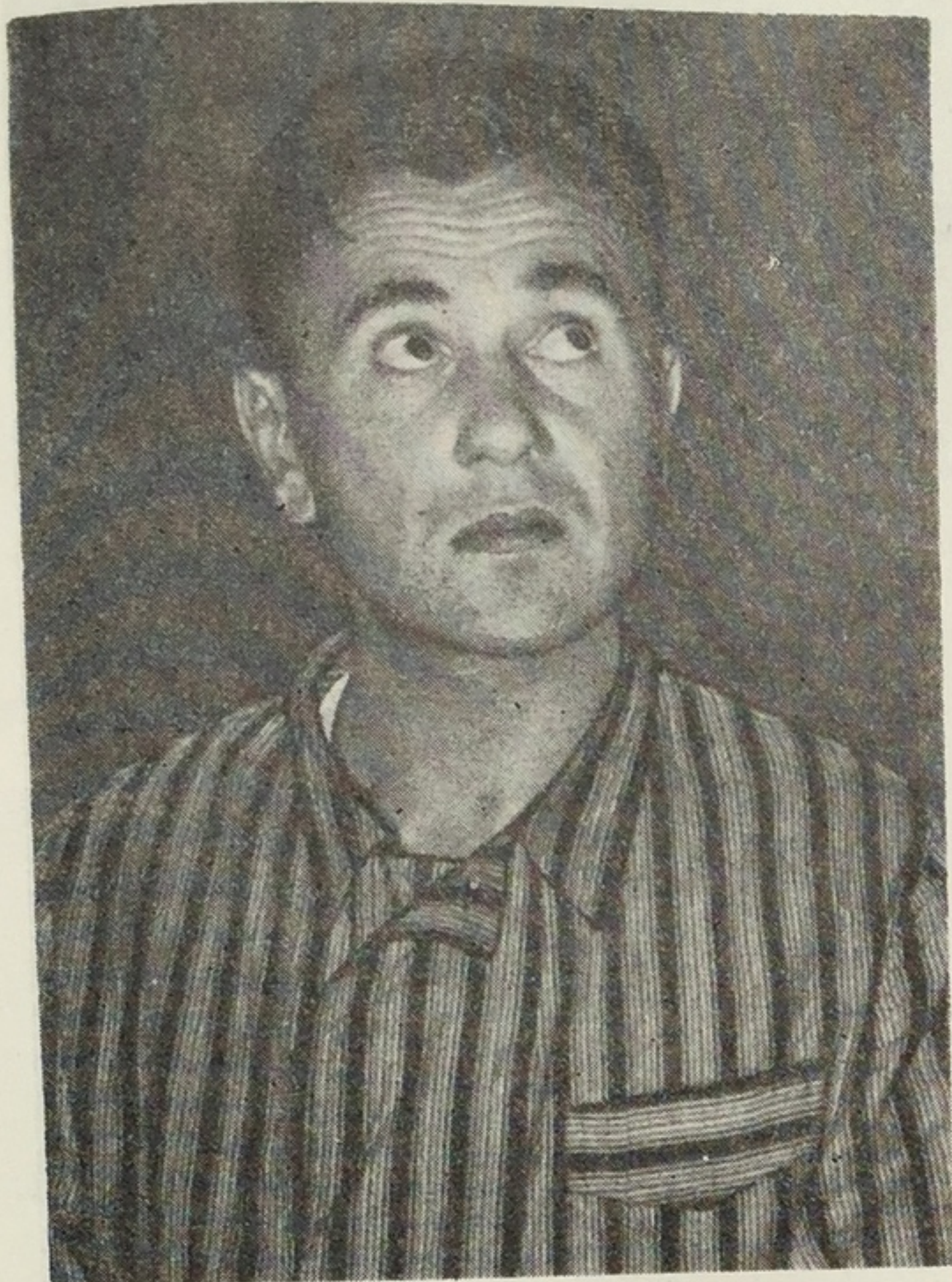


Рис. 75—77. Хронический алкоголизм. Острый алкогольный галлюциноз. Особенности мимических реакций и движений галлюцинирующего больного. (Последовательное фотоизображение).





Рис. 78—81. Хронический алкоголизм. Острый алкогольный галлюциноз. Особенности мимических реакций и движений галлюцинирующего больного. (Последовательное фотоизображение)





Рис. 82—85. Хронический алкоголизм. Острый алкогольный галлюциноз. Особенности мимических реакций и движений галлюцинирующего больного. (Последовательное фотоизображение).



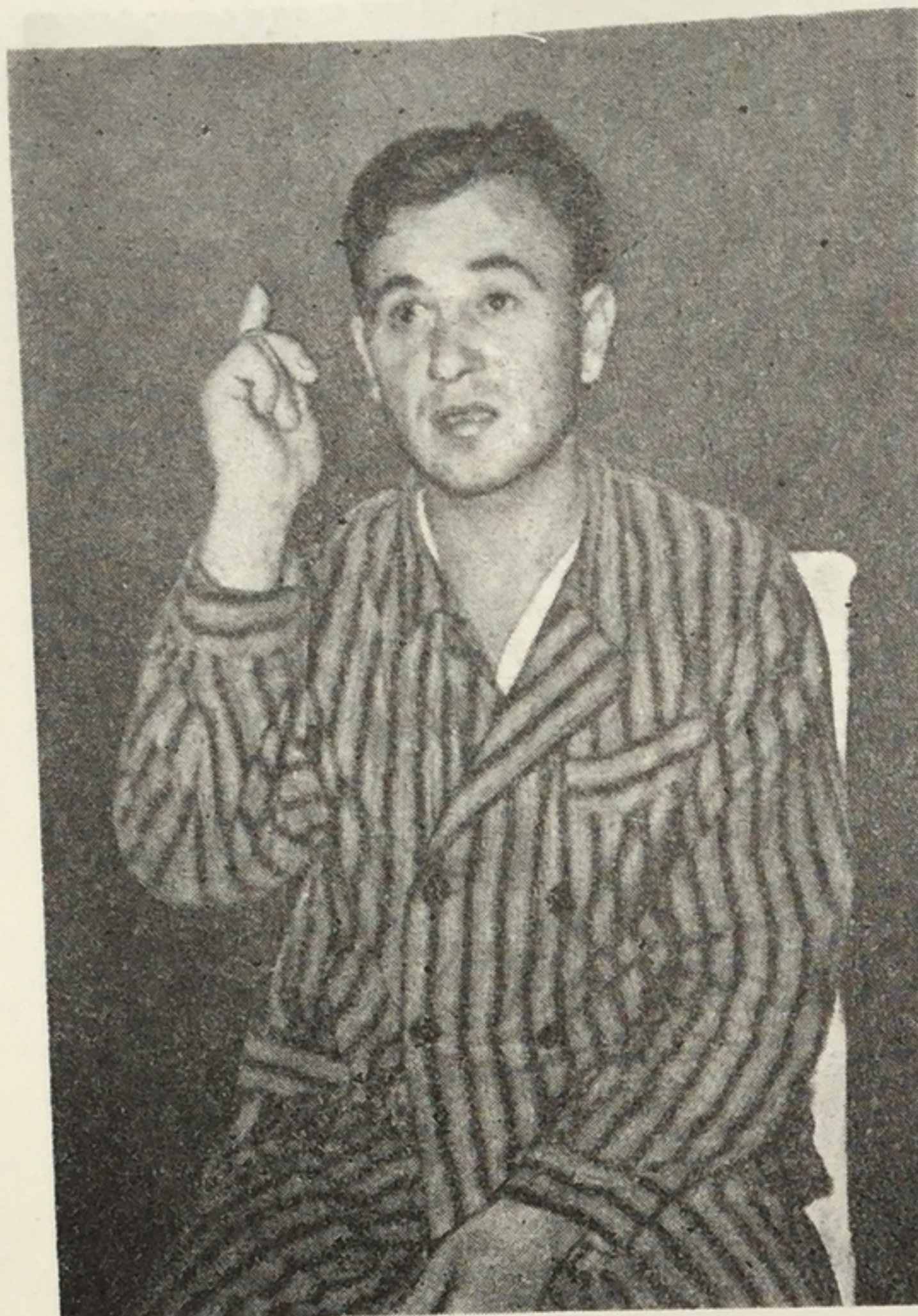


Рис. 86—88. Хронический алкоголизм. Острый алкогольный галлюциноз. Особенности мимических реакций и движений галлюцинирующего больного. (Последовательное фотоизображение).





Рис. 89—91. Хронический алкоголизм. Острый алкогольный галлюциноз. Особенности мимических реакций и движений галлюцинирующего больного. (Последовательное фотоизображение).



Рис. 92. Устрашающие галлюцинации — «галлюцинаторная метаморфопсия». А. Кубин (Alfred Kubin). Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике. 1958.



Рис. 93. Устрашающие галлюцинации — «галлюцинаторная метаморфопсия». Ф. де-Гойя (Francisco de Goja). «Четвертая галлюцинация за одну ночь» — назвал Ф. Гойя это изображение собственной галлюцинации.



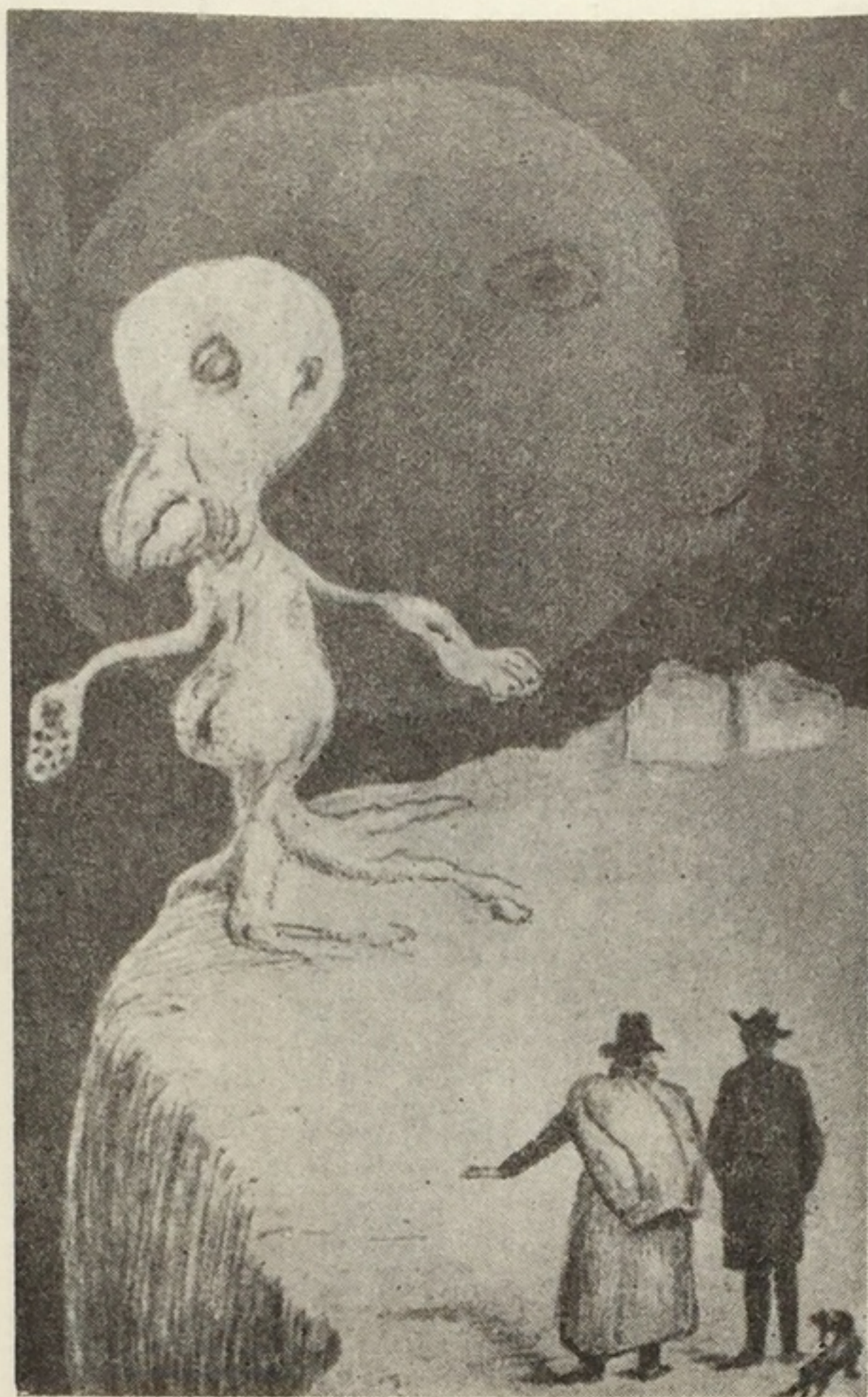


Рис. 94. Фантастически-онейроидные (сноподобные) галлюцинаторные картины или сценopodobные галлюцинации. А. Кубин (Alfred Kubin). Р. Лемке (Rudolf Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.



Рис. 95. Сноподобные (онейроидные) фантастически-галлюцинаторные картины. Р. Шлихтер (Rudolf Schlichter), 1946. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.





Рис. 96. Сноподобные (онейроидные) галлюцинаторные картины. Г. Тиман (Hans Thiemann), Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.



Рис. 97. Сноподобные (онейроидные) фантастически-галлюцинаторные картины. М. Эрнст (Max Ernst), 1942.



Рис. 98 Сноподобные (онейроидные) галлюцинаторные картины. А. Кубин (Alfred Kubin). 1901, Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.

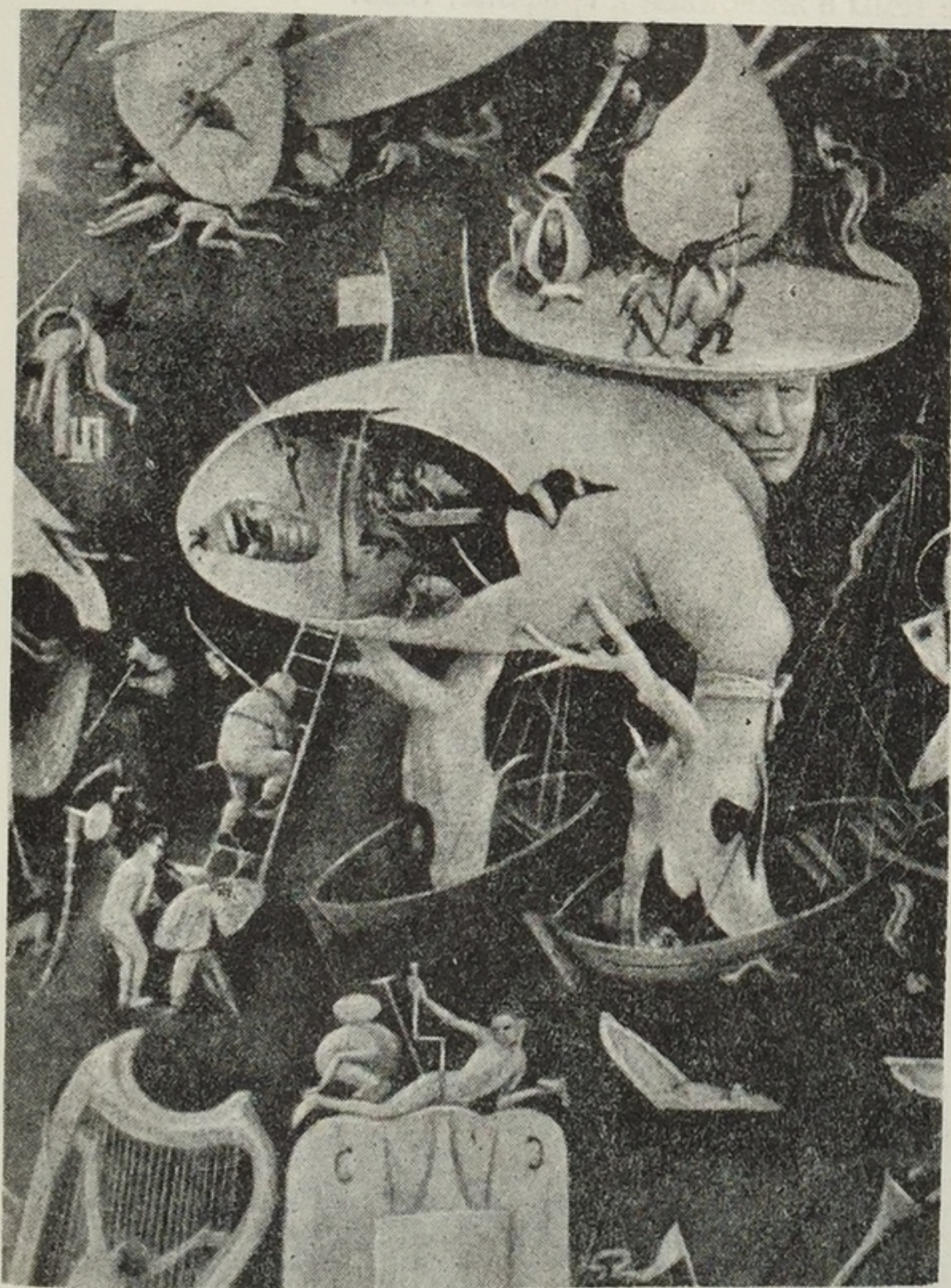


Рис. 99. Изображение фантастически-сноподобных видений. И. Босх (Hieronimus Bosch 1500. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.



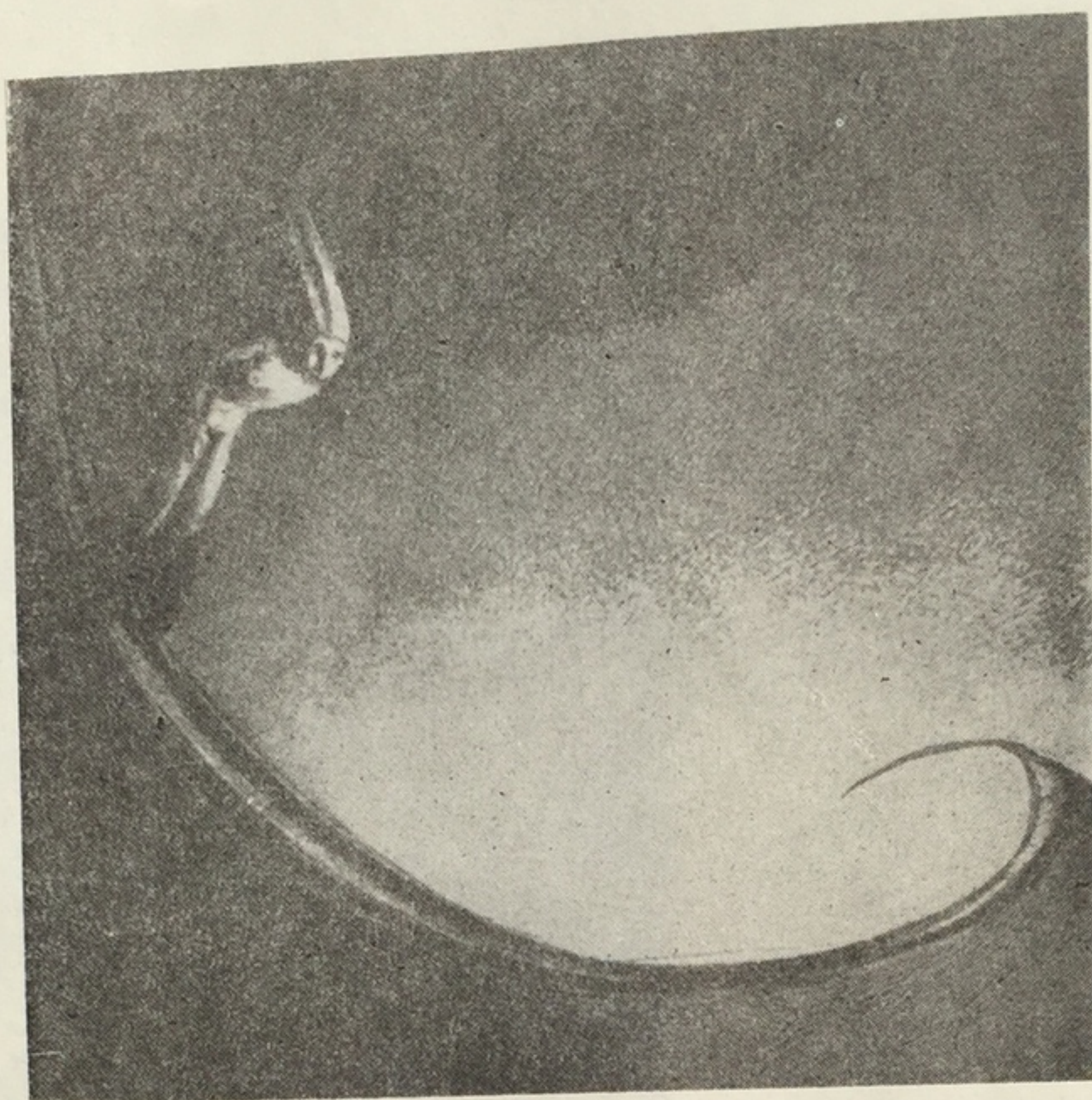


Рис. 100. Сноподобные (онейроидные) галлюцинаторные картины. А. Кубин (Alfred Kubin). 1901, Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.



Рис. 101. Устрашающие зрительные галлюцинации при делирии. Э. Шпулер (Erwin Spuler), Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.





Рис. 102. Аутоскопическая галлюцинация. Изображение больным себя в виде причудливо манерной фигуры. А. Кубин (Alfred Kubin), Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике, 1958.



Рис. 103. Пенелопе во сне является сестра ее Ифтема (Одиссея). А. Леман. «Иллюстрированная история суеверий» и т. д. М., 1900.



## БРЕДОВЫЕ ИДЕИ

Неправильное истолкование действительности, не поддающееся коррекции, разубеждению и имеющее то или иное отношение к содержанию жизненного опыта больных, к их желаниям, опасениям или тенденциям. Дополнительными признаками бредовых идей являются, во-первых, необыкновенная субъективная уверенность и убежденность больных в достоверности бредовых переживаний, во-вторых, непоколебимая стойкость по отношению к внешним воздействиям (попытка разубеждения, коррекция жизненной действительности и т. п.), в-третьих, неестественность, нелепость содержания.

Первичными бредовыми идеями называются те бредовые идеи, которые непосредственно развиваются как основной симптом болезни, например, при паранойе. Вторичными бредовыми идеями называются бредовые идеи, развивающиеся из какого-нибудь другого симптома (например, бред самообвинения из аффекта тоски при циркулярной депрессии): голотимный тип развития бреда, связанного с господствующим у больного тоном настроения; кататимный тип развития бредообразования связан с группой представлений, наиболее ярко аффективно окрашенных; галлюцинаторного происхождения бред при шизофрении и т. д. Основными видами бреда следует считать: бред величия (рис. 106—108, 122), бред самообвинения (рис. 239, 240), бред преследования (рис. 104—105, 220), бред отношения (рис. 224, 225), бред воздействия (рис. 195—199, 207—209), бред ипохондрический (рис. 109—112, 193, 194, 212, 216). Другие виды бреда, например, микроманический, скорее являются частными производными перечисленных типов бредообразования и отдельное описание их серьезного научно-практического значения не имеет.

По И. П. Павлову и трудам советских психиатров в основе бреда лежит образование в коре головного мозга патологического очага возбуждения. В силу большой интенсивности инертного патологического возбуждения по закону отрицательной индукции происходит распространение по коре мозга пассивного торможения, исключаяющего влияние на деятельность этого очага всей остальной коры головного мозга. Благодаря этому происходит концентрация всех родственных раздражителей около этого очага и отталкивание всех чуждых ему раздражителей. Возможно, что и инертное патологическое возбуждение может вызвать местное или общее торможение коры головного мозга с развитием гипнотического состояния в виде ультра-



парадоксальной фазы: в этих условиях соответствующие действительности ассоциации тормозятся, а противоречащие действительности ассоциации возбуждаются — отсюда грубые извращения суждения о действительности.

И. П. Павлов не исключал возможности образования бреда благодаря другим патофизиологическим механизмам. Например, при резком ослаблении второй сигнальной системы у больных в первой сигнальной системе возникают, подобно сновидениям у здорового человека, фантастические связи явлений реального.

И. П. Павлов считал, что патофизиологические механизмы, лежащие в основе бреда, могут быть отнесены и к навязчивым состояниям с тем, однако, отличием, что при навязчивых состояниях имеет место меньшая, чем при бреде, интенсивность патологического инертного возбуждения и, следовательно, меньшая интенсивность и экстенсивность отрицательной индукции. Поэтому при навязчивых состояниях очаг возбуждения не подавляет возбуждения конкурирующих очагов, как это имеет место при бреде.

И. П. Павлов не исключал в отношении, например, фобий возможность их возникновения как следствия патологической инертности торможения, являющегося физиологической основой страха вообще.



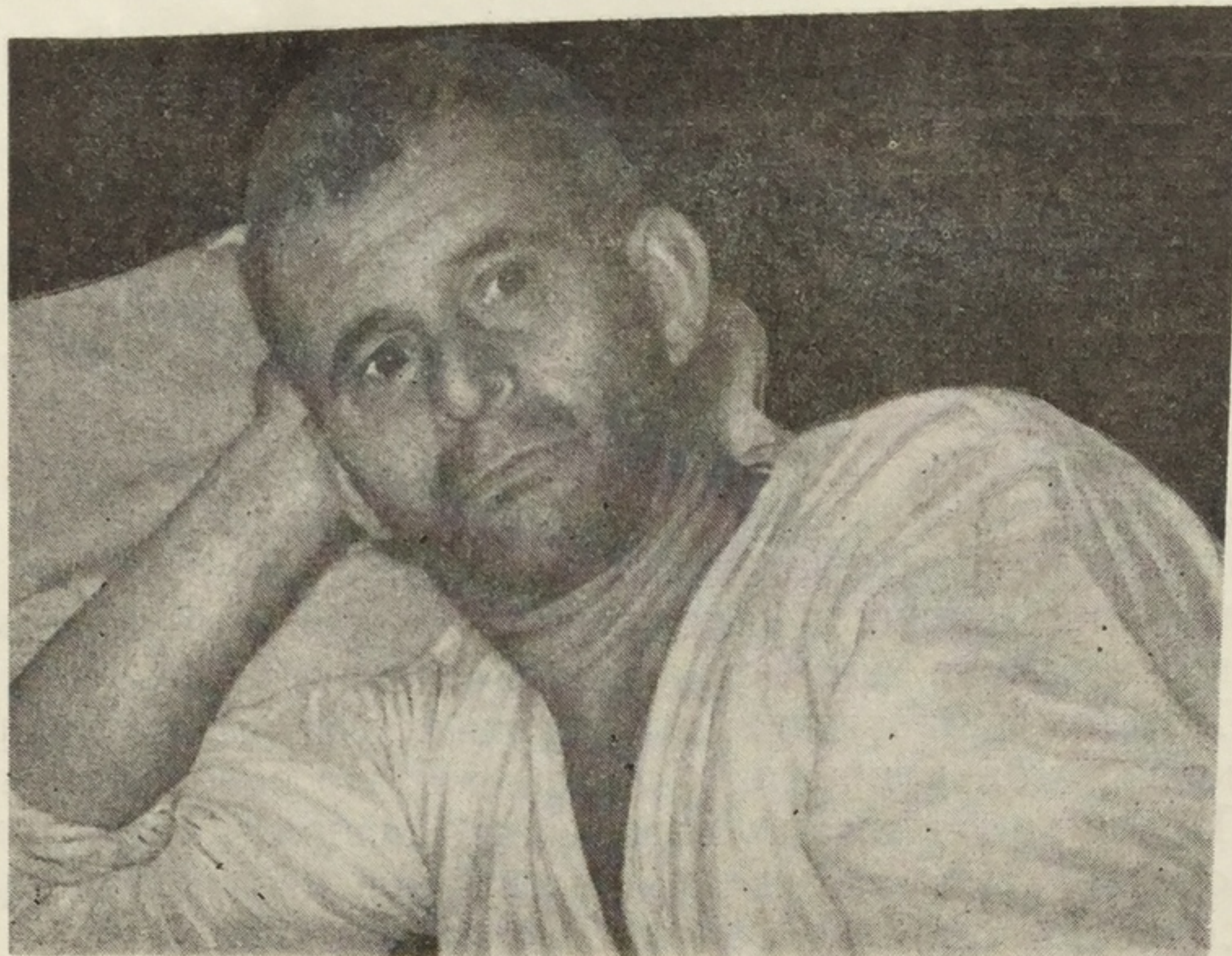


Рис. 104. Бредовые идеи преследования.



Рис. 105. Параноидный синдром.



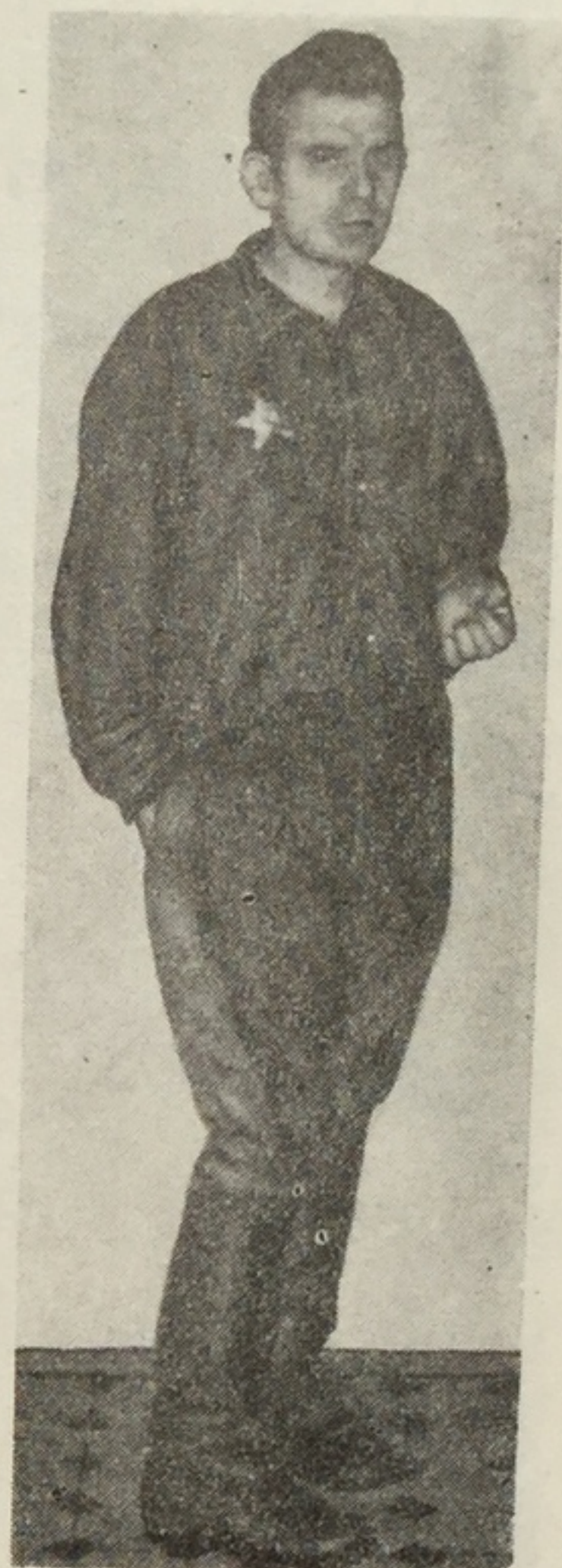
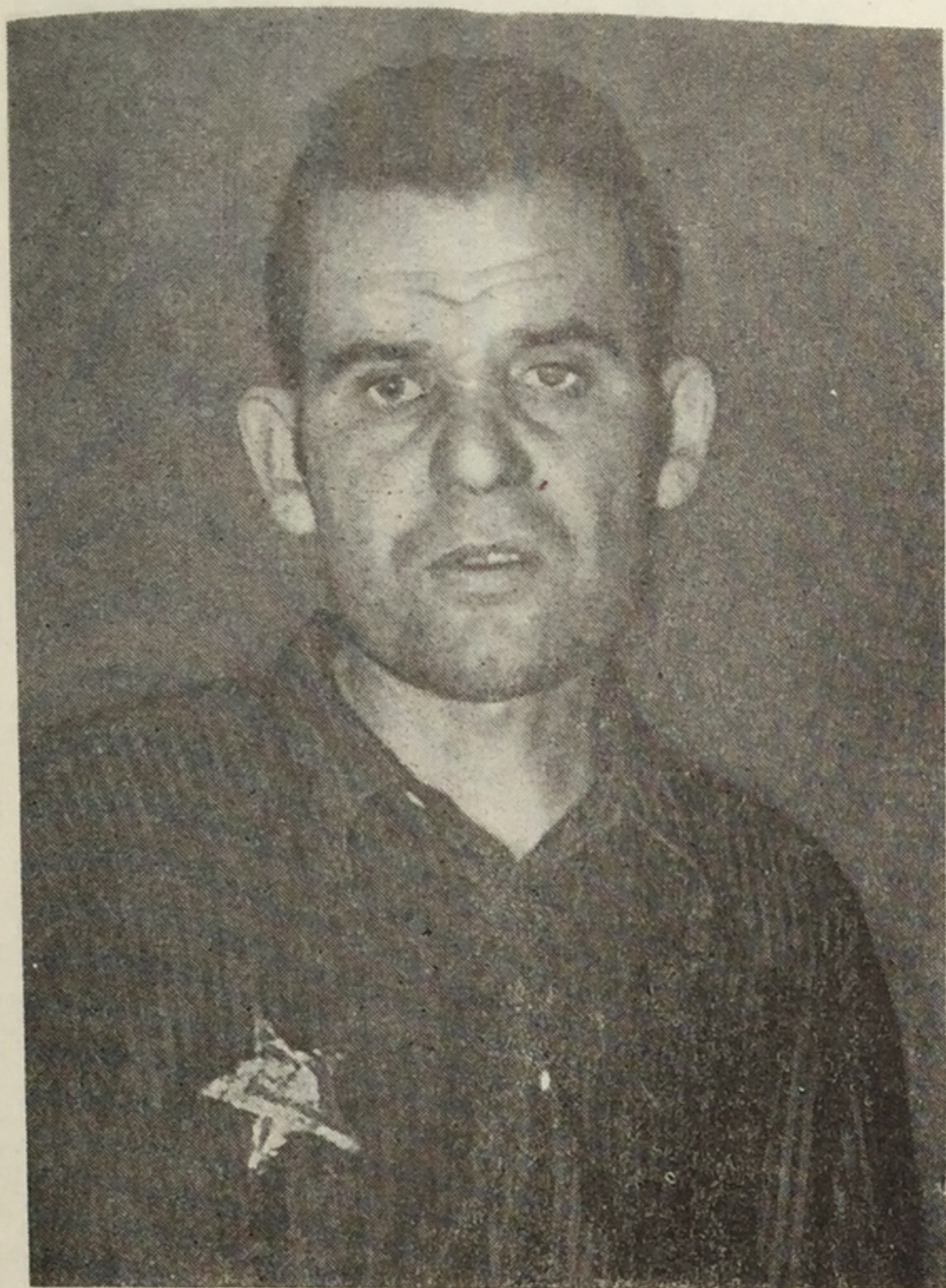


Рис. 106—107. Бредовые идеи величия (больной одел самодельный орден, изготовил и одел брюки с лампасами).



Рис. 108. Больной с бредовыми идеями величия.



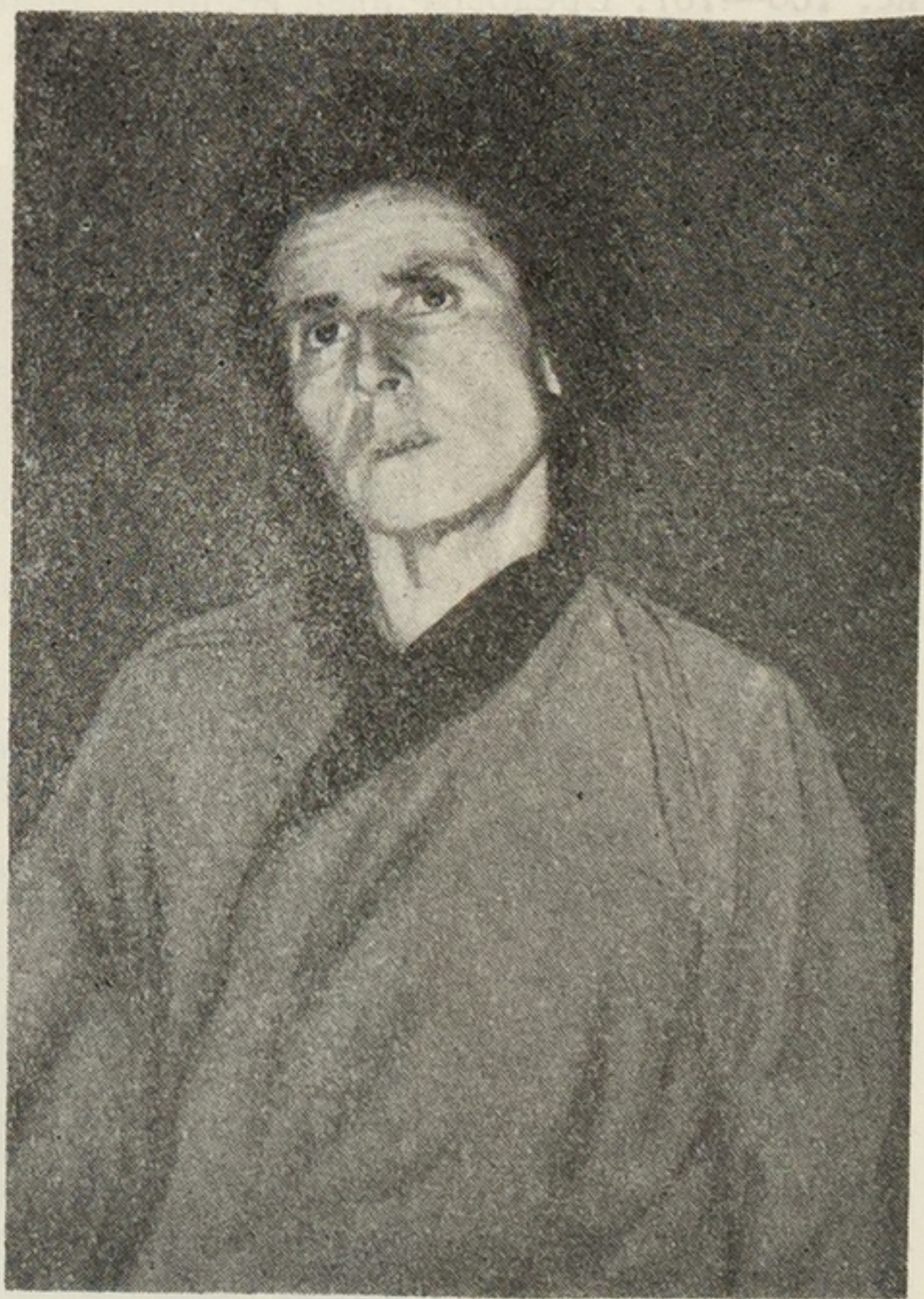
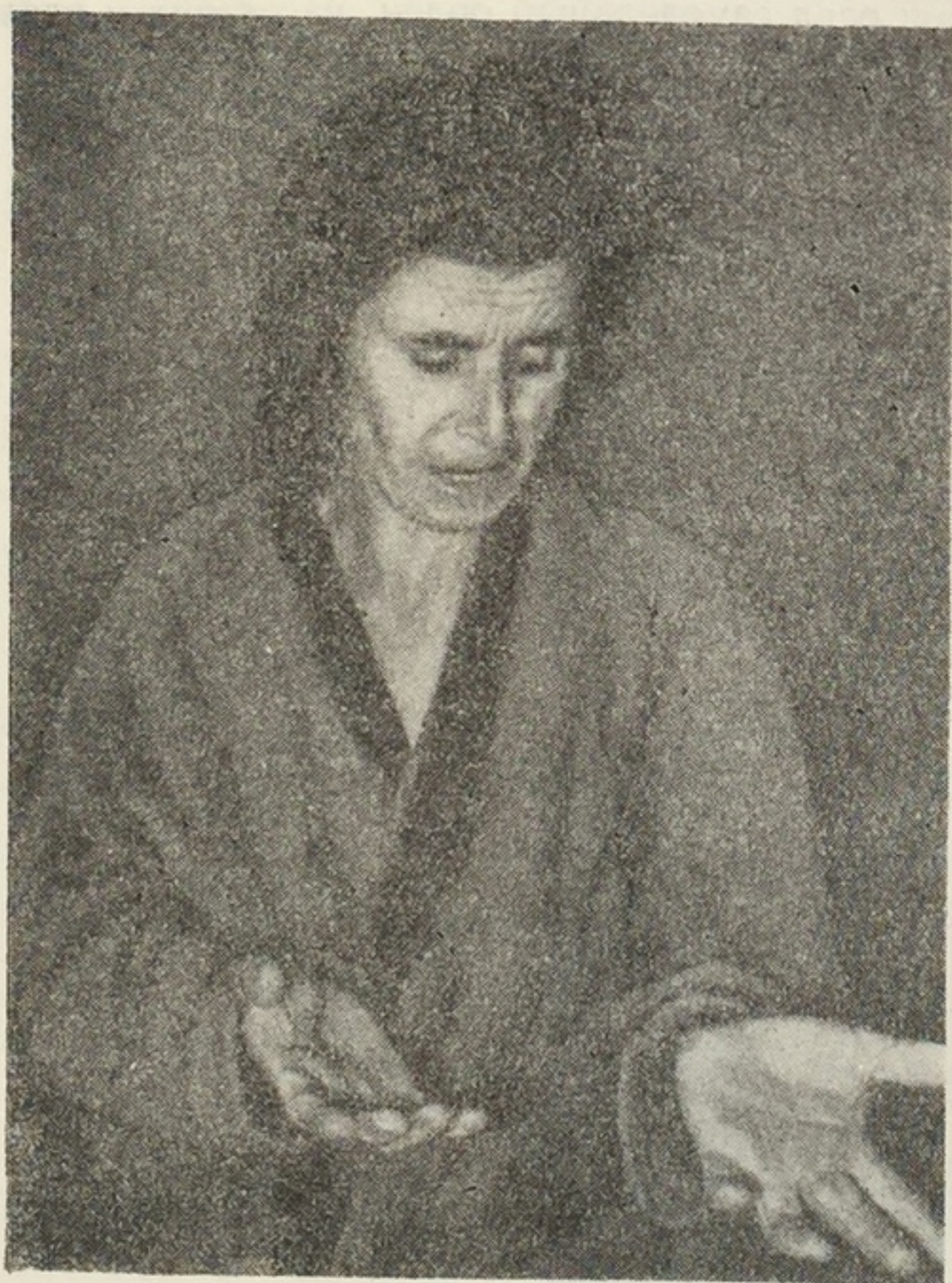
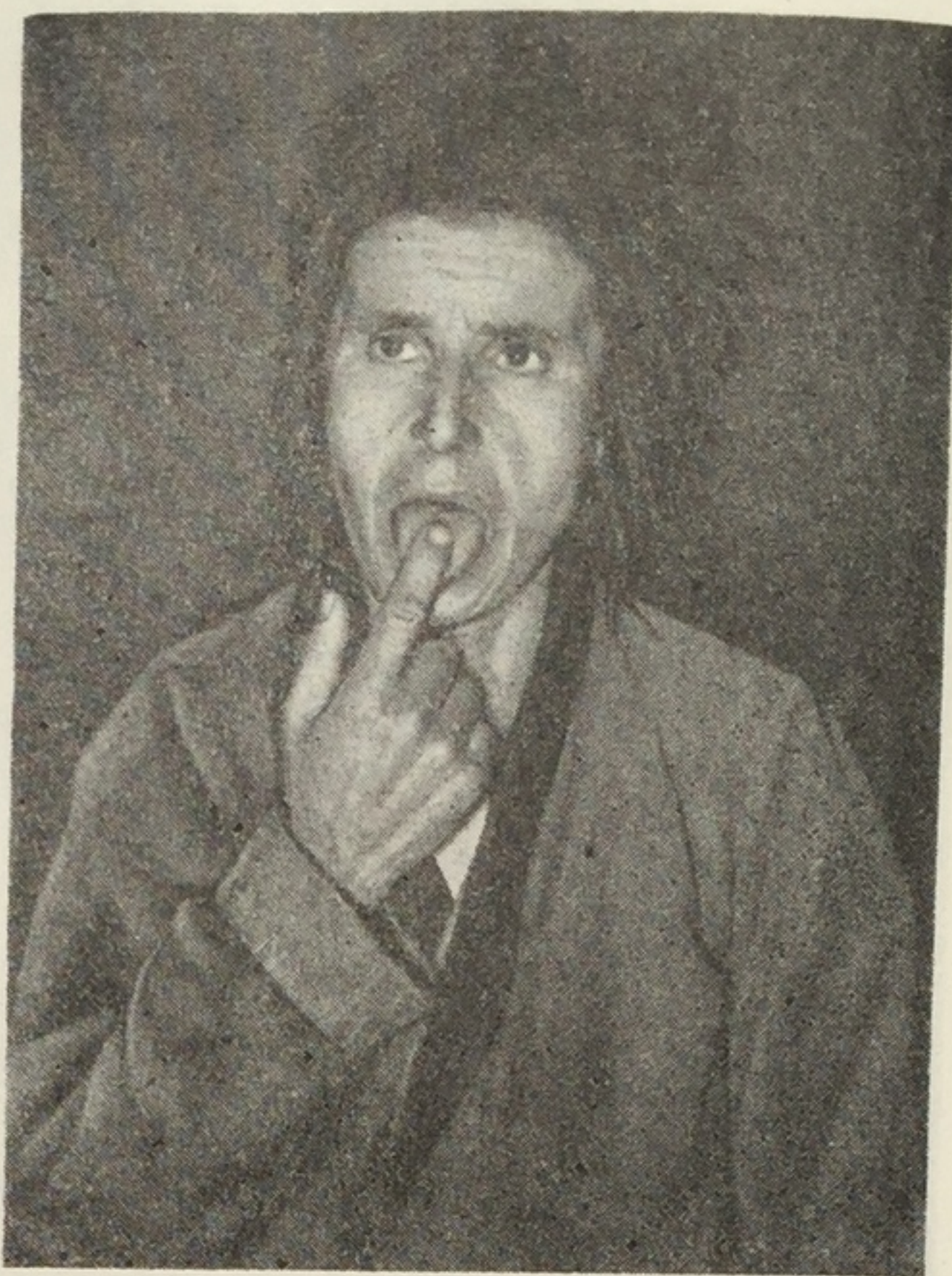
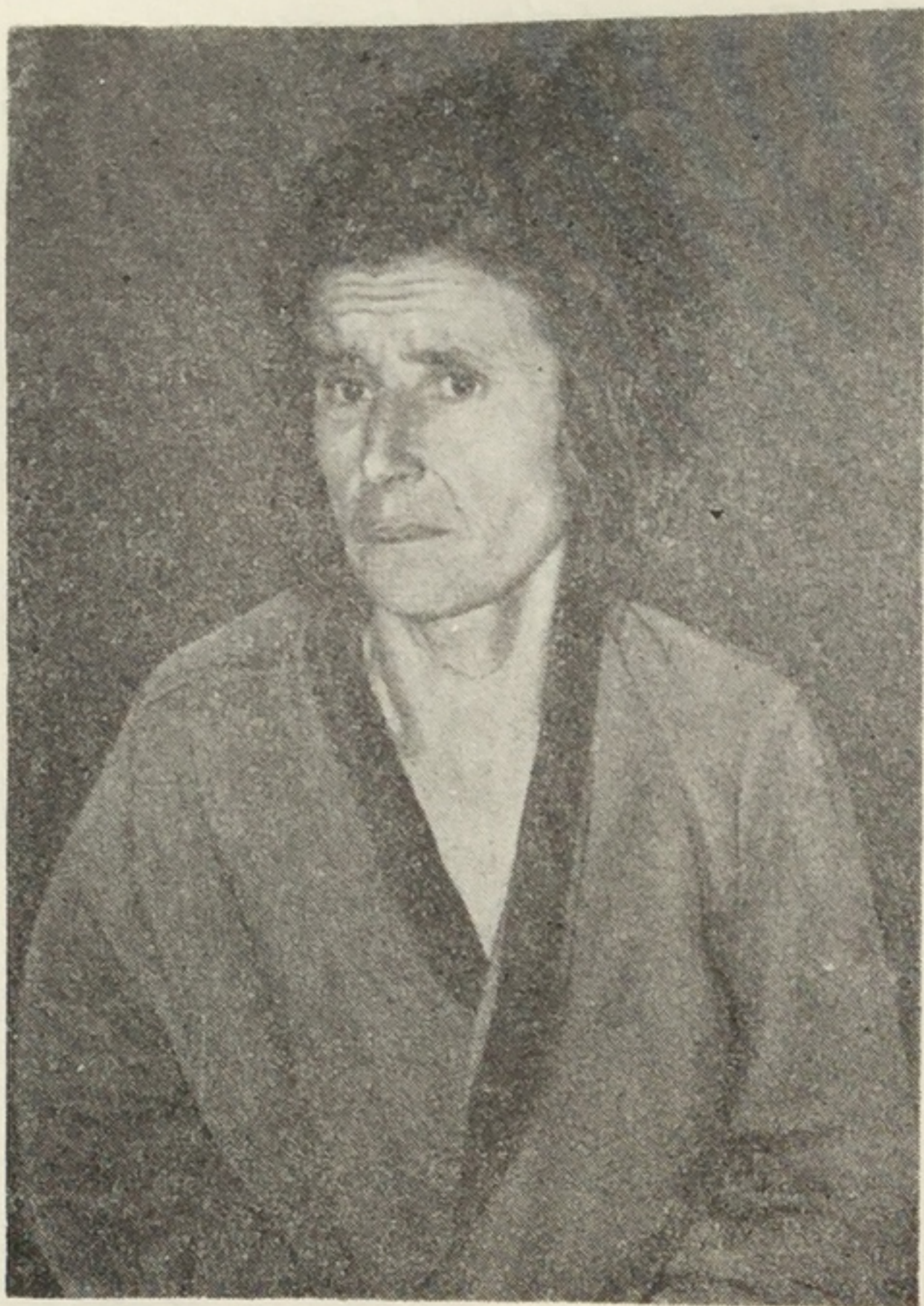


Рис. 109—112 Ипохондрический бред. Депрессивное состояние.

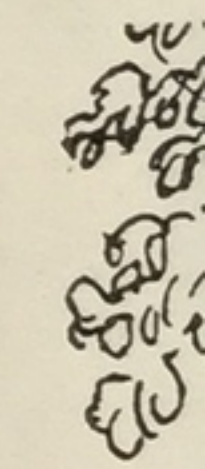




Рис. 113. Недоступная больная с бредовыми идеями и слуховыми галлюцинациями.

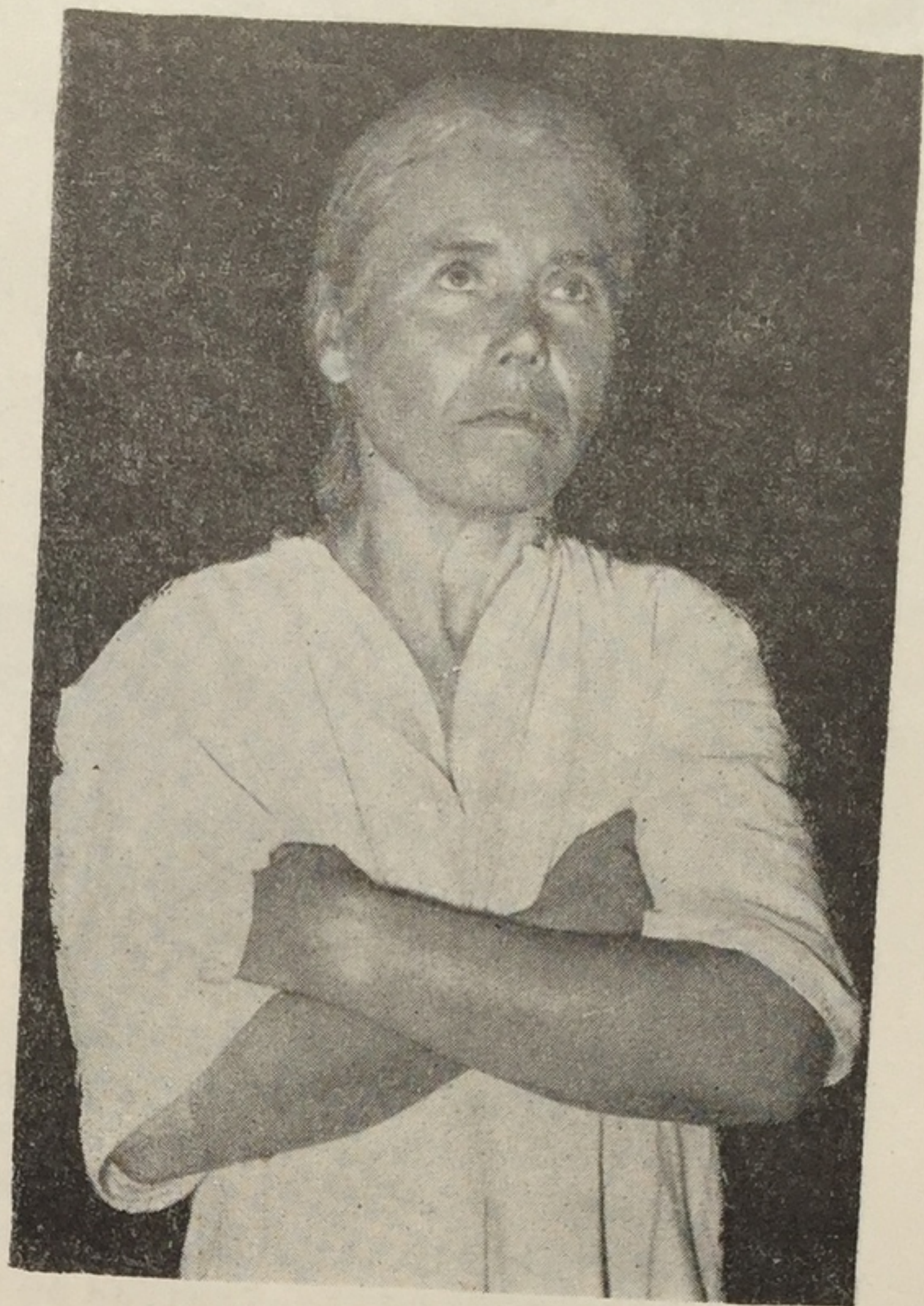


Рис. 114. Ревнивец. В. Тициан (Tizian Vecellio), 1510. Рисунок пером. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике.



Од  
у Вилл  
щие бы  
книге Э  
вращен  
ми мела  
В 1814  
есть сме  
гически  
душевно  
исход. Б  
держите  
отдельно  
жен одн

Пер  
паралич  
енберг и  
показал  
имели в  
грессивн  
свою зна  
филидоге  
В феврал  
ренхиме  
ли из кор  
ненном п  
образова  
ралитичес

В ср  
раличом с  
Сред  
считается  
лечения з  
(рис. 124  
6 месяцев



**ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ ПОМЕШАННЫХ  
(PARALYSIS PROGRESSIVA ALIENORUM)  
ПАРАЛИТИЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ,  
ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ НЕЙРОЛЮЭС,  
ПОЗДНИЙ СИФИЛИТИЧЕСКИЙ ПСИХОЗ,  
ОБЩИЙ ПАРАЛИЧ**

Одно из первых указаний на прогрессивный паралич можно найти у Виллиса, описавшего в 1672 году случаи психических заболеваний, могущие быть отнесенными к прогрессивному параличу. В изданной в 1798 году книге Эслема, аптекаря Бедлама (Вифлеемское аббатство в Лондоне, превращенное в психиатрическую больницу), «Наблюдение над помешательствами меланхолией» содержатся указания на картину прогрессивного паралича. В 1814 году Эскироль указал, что «расстройство речи (у душевнобольных) есть смертельный признак», этим подчеркнув связь между сомато-неврологическим признаком и психическим заболеванием у определенной группы душевнобольных, прогрессивный характер заболевания, смертельный его исход. В 1822 году была опубликована диссертация Байля, в которой содержится первое разработанное описание прогрессивного паралича как отдельной болезни. Термин «прогрессивный паралич» впервые был предложен одним из учеников Эскироля Делайе.

Первые указания на роль сифилиса в возникновении прогрессивного паралича были сделаны в 1857 году Эсмархом и Иессеном. В 1860 году Штенберг и Кьельберг сделали такие же указания. Несколько позже Иесперсен показал клинико-статистически, что 77% наблюдавшихся им паралитиков имели в анамнезе сифилис. В 1894 году Фурнье предложил формулу «прогрессивный паралич — парасифилис». В 1906 году Вассерман предложил свою знаменитую реакцию, чрезвычайно способствовавшую выяснению сифилидогенной природы прогрессивного паралича и уточнению диагноза. В феврале 1913 года Гидео Ногуши и Моор открыли бледную спирохету в паренхиме мозга паралитиков. В том же году Форстер и Томашевский извлекли из коры головного мозга паралитиков спирохету и наблюдали ее в затемненном поле зрения. Несколько ранее, в 1907 году, Ландштейнер показал образование сифилитических инфильтратов путем прививки обезьянам паралитической мозговой субстанции.

В среднем от 3 до 4% сифилитиков могут заболеть прогрессивным параличом спустя 8—15 лет после заражения.

Средним возрастом излюбленного начала прогрессивного паралича считается обычно возраст 35—45—50 лет. Длительность заболевания, без лечения заканчивающегося смертью в состоянии паралитического маразма (рис. 124—127), 2—3—4 года. Спонтанные ремиссии длятся в среднем от 6 месяцев до 1—3 лет. При длительных стойких ремиссиях, как бы остано-



ках процесса, образуется так называемая стационарная форма прогрессивного паралича.

Основным признаком прогрессивного паралича, основной особенностью течения является параллелизм физического и психического распада, образующего «постепенное исчезновение физической и психической личности больного наряду с явлениями нервного раздражения и паралича» (по Крепелину). Соматические симптомы прогрессивного паралича состоят из анизокории (рис. 115) (описанной в 40 годах XIX века Паршаппом), вялой реакции зрачков на свет либо отсутствия реакции зрачков на свет с сохранением ее на аккомодацию, конвергенцию (симптом Аргайла—Робертсона, описанный в 1867 году), расстройства почерка (рис. 131—136), трофических расстройств, отеком (рис. 129—130), риноматом, ломкости костей, артропатий, изменений веса (падение веса в начале заболевания, затем увеличение веса и вновь резкое исхудание в конечных стадиях болезни, рис. 124—127), нарастающего ослабления мышечной силы, расстройства речи. Речь становится неуверенной, вибрирующей, слегка протяжной, гнусавой. Произнесение отдельных слогов смазано, они как бы смыты, недостаточно отделены друг от друга. Обнаруживается как бы «спотыкание на слогах», дрожание голоса — «трепетание речевой мелодии» — как бы заикание, логоклония, перестановка и пропуски слогов. Эти расстройства особенно четко обнаруживаются при быстрой торопливой речи и при произнесении паралитиками так называемых «пробных», «трудных» слов. У больных отмечаются изменения мимической иннервации — маскообразное лицо (рис. 120), сглаженность, асимметрия носогубных складок (рис. 116, 120), дрожание вытянутых пальцев рук, фибриллярные подергивания мышц рта, нечувствительность локтевого нерва к давлению, положительная реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости, плеоцитоз, положительная реакция Нонне-Апельта и т. д. Могут наблюдаться паралитические, апоплектиформные и эпилептиформные припадки. Со стороны психопатологической отмечается слабость памяти, соображения, понижение критики, отсутствие «сознания болезни» («больной становится другим человеком и не замечает этого» — Шюле). Наиболее сложные, тонкие и дифференцированные психические функции претерпевают ущерб раньше и интенсивнее всего. Обнаруживается глубокое падение морально-этических чувствований. Чувства нежности, осмотрительности, такта, стыда, эстетическое и художественное чувство, логически-правовые суждения утрачиваются раньше всего. Эмоциональная схема претерпевает изменения в сторону нарастания вялого благодушия, эйфории, раздражительной слабости эмоциональной сферы — слабодушия, инактивности. При прогрессивном параличе разрушается все здание психической личности, причем — в схематическом изложении — то, что построено последним, разрушается первым, уничтожается наиболее рыхлое, наиболее слабо закрепленное в психике.

Наиболее часто встречаются: так называемая дементная форма прогрессивного паралича (апатическое благодушие, слабоумие); затем экспансивная форма (лучезарно-радостное, эйфорическое настроение (рис. 119, 122); пышный, нелепый, безграничный, растущий по линии беседы бред величия; ажитированная форма (двигательное возбуждение, бурное течение с быстрым физическим и психическим распадом — галопирующий паралич); депрессивная форма (ипохондрические, большей частью бессмысленные бредовые идеи — микроманический бред, тоскливая окраска настроения); ювенильная форма (клинически соответствующая дементной форме — форма прогрессивного паралича у детей, обычно в возрасте около 10 лет, медленное течение); так называемая лиссауэровская форма прогрессивного паралича (с преимущественным поражением задних отделов мозга и очаго-



выми явлениями); циркулярная форма прогрессивного паралича (чередование состояний ажитации и угнетения). Во всех формах — подвидах прогрессивного паралича, типах его течения обнаруживается сущность его, состоящая в слабоумии, в форме прогрессирующей редукции всех психических качеств, свойств и способностей. Больные утрачивают способность усвоения новых впечатлений, приобретения новых сведений. На осевом, стержневом, симптоме прогрессивного паралича — слабоумии — образуются добавочно-вторичные симптомы — бред, состояние возбуждения, сдвиги настроения и т. д., зависящие от особенностей локализации, акцентуации анатомических изменений, препсихотических свойств личности, возрастных и других сомато-патопластических воздействий, интенсивности процесса и т. п. Дифференциальная диагностика прогрессивного паралича может в основном производиться с сифилисом мозга (включая сифилитический псевдопаралич), артериосклерозом головного мозга, старческим слабоумием, алкогольным, свинцовым, истерическим и другими псевдопараличами, отравлением бромом, шизофренией, циркулярным психозом, нервным истощением (особенно так называемая препаралитическая неврастения), эпилепсией.

Анатомически (макроскопически) определяются: утолщение и помутнение мягких мозговых оболочек, атрофия мозгового вещества, изменение объема и веса головного мозга, внутренняя и наружная водянка. Микроскопически находят главным образом перерождение нервных миелиновых волокон, увеличение волокнистой соединительной ткани и инфильтрация ее различными клеточными элементами. Изменения находят во всех отделах центральной нервной системы.

Лечение прогрессивного паралича проводится главным образом путем так называемой лихорадочной гипертермической терапии, впрыскиваний цитотоксической сыворотки, пенициллина и т. д.

В нашей стране, благодаря резкому и неуклонному снижению заболеваемости сифилисом, обнаруживается падение числа больных сифилитическими психозами — прогрессивным параличом помешанных и сифилисом мозга.

---



### СИФИЛИС МОЗГА

Очаговое органическое специфическое поражение головного мозга, обычно с полиморфно-пестрой психопатологической картиной и гнездными сомато-неврологическими признаками. «Болезненные процессы, лежащие в основе психического расстройства при мозговом сифилисе, могут обнаруживаться либо в виде менинго-энцефалита с воспалительной инфильтрацией и утолщением мягкой мозговой оболочки, особенно на основании, разрастанием элементов сосудистой стенки, особенно интимы, иногда до полного закрытия просвета с последующими очагами размягчения, энцефалитическими очагами и запустением коры с глиозным разрастанием, либо в виде сосудистого поражения с неравномерно развивающимся в отдельных участках изменением сосудов, с рассеянными кровоизлияниями, размягчениями, разрежением ткани, глиозным разрастанием» (Крепелин).

Начальной, самой легкой формой мозгового сифилиса является так называемая «сифилитическая неврастения» — астенический синдром, главным образом состоящий из признаков рассеянности, забывчивости, повышенной утомляемости, раздражительности, эмоциональной лабильности, бессонницы, головных болей (особенно ночью), головокружений, общего повышения рефлекторной возбудимости, парестезий, положительной вассермановской реакции в крови, лимфоцитоза в спинномозговой жидкости. Сифилитический псевдопаралич объединяет группу случаев мозгового сифилиса, клиническая картина которой внешне сходна с прогрессивным параличом помешанных. Отсутствие параллелизма физического и психического распада, очаговость клинической картины облегчают обычно трудную дифференциальную диагностику этой формы с прогрессивным параличом. Апоплектиформный мозговой сифилис сопровождается апоплектическими явлениями с последующими остаточными явлениями выпадения, спастическим гемипарезом, иногда с афазическими, апрактическими, аграфическими расстройствами. При сифилитической эпилепсии эпилептиформные припадки могут быть единственным, вернее, главным признаком болезни. Положительная вассермановская реакция в крови, параличи глазных мышц, зрачковые расстройства, гемипаретические, гемианестезические явления облегчают распознавание. Сифилитический параноид наряду с сопровождающей бредовой синдром (чаще всего — идеи отношения, преследования, ревности) большой эмоциональной возбудимостью также содержит в клинической картине зрачковые расстройства, параличи глазных мышц, диабет, изменение речи, почерка. Описанные признаки в такой же степени относятся и к сифилитическому галлюцинозу (главным образом со слуховыми галлюцинациями — иногда в виде отдельных выкриков). Гуммы мозга могут дать симптомы очаговых расстройств, оглушения, сонливости, застойных сосков — клиническую картину опухоли головного мозга.



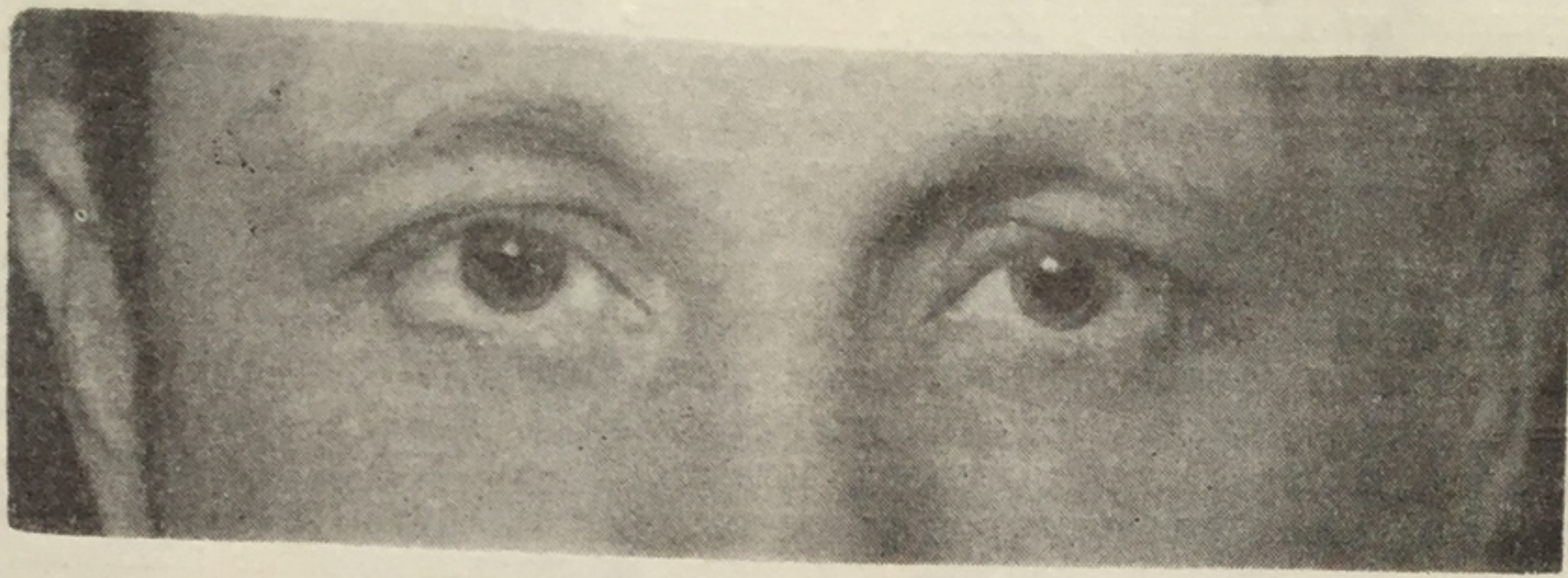


Рис. 115. Прогрессивный паралич. Анизокория.

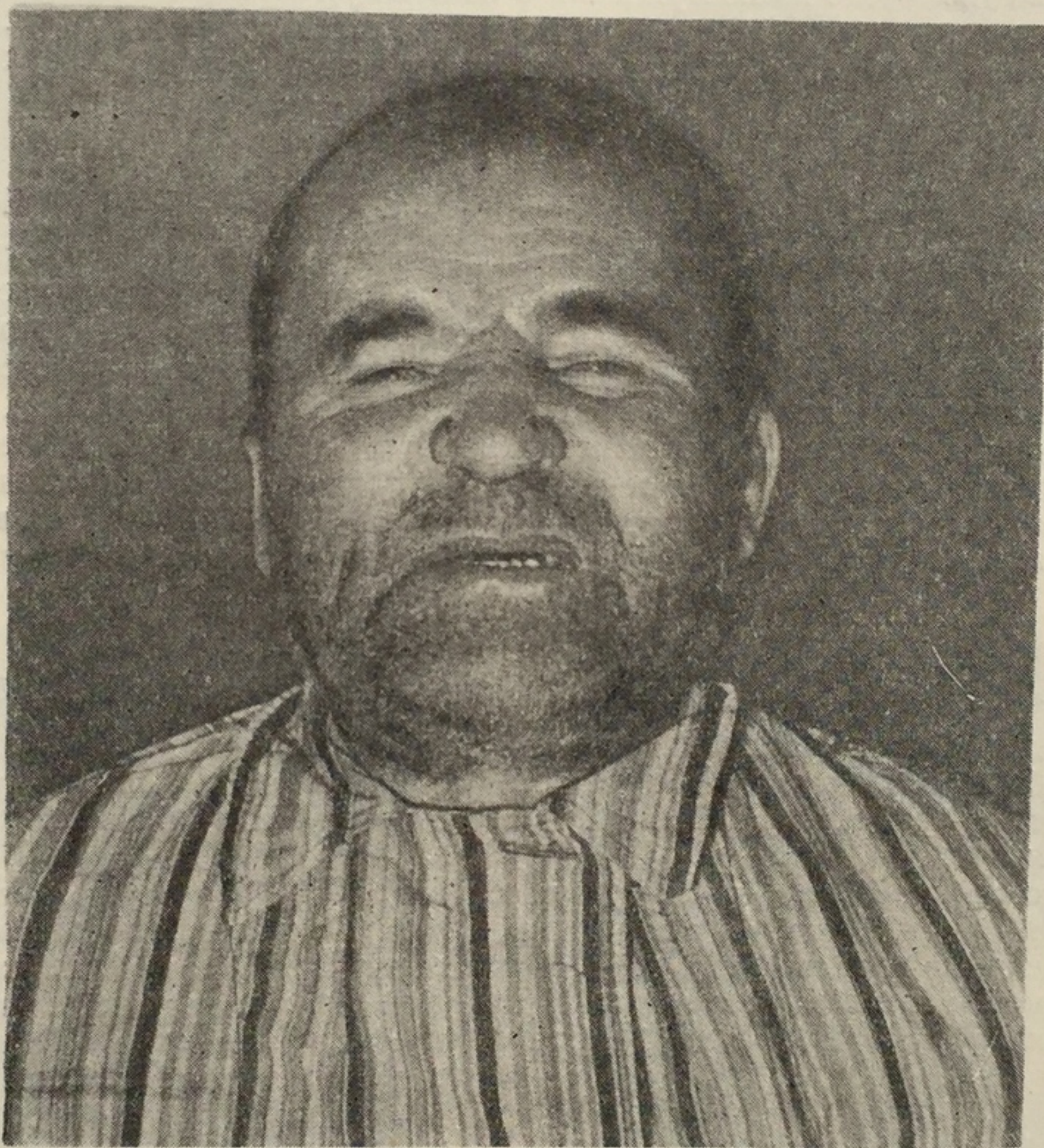


Рис. 116. Больной Ф., 56 лет. Прогрессивный паралич. Дементная форма. Неравномерность носогубных складок при оскаливании зубов.

Заболев в возрасте 51 года: ухудшилась память, снизилась работоспособность, высказывал нелепые бредовые идеи величия; обнажался; обнаруживал расстройство внимания, полную беспомощность.

Во время фотосъемки: резко снижены память и внимание, беспомощен, благодушен, внушаем. Заявляет, что здоров, чувствует себя хорошо. В сомато-неврологическом состоянии обнаруживаются: правосторонняя старая отематома, глухость сердечных тонов, миоз, симптом Аргайла-Робертсона, дрожание языка при высывании, дрожание пальцев вытянутых рук, резкое снижение коленных и ахилловых рефлексов, снижение болевой чувствительности в различных участках верхнего плечевого пояса, положительная реакция Вассермана в крови.



Рис. 117. Больной Ш., 52 лет. Прогрессивный паралич. Дементная форма.

За несколько месяцев перед поступлением в больницу жаловался на головные боли, головокружение, плакал по малейшему поводу. Снизилась трудоспособность. Плохо спал. За две недели до поступления в больницу на работе, в цехе, принялся стирать спецодежду и белье, развешивая все это на станках. Три дня находился в терапевтическом отделении по поводу обострения язвенной болезни. Домой направился в такси, не мог назвать шоферу своего адреса.

Во время фотосъемки: больной не ориентируется во времени, заявляет, что находится в санатории, не помнит своего домашнего адреса. Внимание рассеяно. Смех, состояние благодушия легко сменяется мимолетными слезами. Делает ошибки при сложении простых чисел:  $2 + 4 = 8$ . Не замечает своих ошибок. Речь дизартричная. Утверждает, что он необыкновенно силен, имеет «много миллионов золота». Память на текущие события расстроена. В палате занимается физкультурными упражнениями, очень доволен своим занятием. Часто раздевается догола, бранится, не обнаруживая смущения и не понимая нелепости своих поступков, необычности своего положения.

В неврологическом состоянии отмечается неравномерность зрачков (правый больше левого) вялая реакция зрачков на свет, фибриллярное дрожание языка, мышц рта и щек при оскале зубов, язык при высовывании несколько отклоняется влево, коленные рефлексы не равномерны (правый выше левого), понижены. Симптом Ромберга положительный. На лбу повреждение кожи (получено до поступления в больницу). Истощен. Во рту много кариозных зубов. Со стороны внутренних органов изменений нет. Арт. давл. 155/90. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости резко положительная. Плеоцитоз — 385 в 1 куб. мм.

Рис. 118. Больной О., 55 лет. Прогрессивный паралич, дементная форма. Эйфория.

Заболев в конце 1958 г. В связи с неправильным поведением был направлен в психиатрическую больницу: больной не осмысливал ситуации, не ориентировался в месте, отмечались ослабление памяти и внимания, эйфория, дизартричная речь. Во время фотосъемки больной находится в состоянии эйфории, память резко нарушена, беспомощен, своего положения не понимает. Реакция зрачков на свет вялая, симптом Аргайла-Робертсона, болевая чувствительность снижена в области правой кисти и предплечья. Коленные рефлексы повышены. Тоны сердца глухие, акцент 2-го тона на аорте; в легких — эмфизематозные изменения; нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 2,5 см. РОЭ — 39 мм в 1 час; реакция Вассермана в крови положительная; в моче следы белка, при микроскопии мочи 20—30 лейкоцитов в поле зрения.

Рис. 119. Больной Ш., 46 лет. Прогрессивный паралич. Эйфорическое благодушие.

В 30 лет болел сифилисом; полного курса противосифилитического лечения не принимал. Психическое заболевание началось в возрасте 40 лет: внезапно развились грубые афатические расстройства — «отнялась речь», резко снизились память, работоспособность, стал крайне раздражительным, агрессивным.

Во время фотосъемки: слабоумен, глубоко расстроена память, внушаем. Не может отыскать свою палату. Эйфоричен. Речь невнятная, смазанная. Почерк резко расстроен (рис. 158, больному было задано написать свое имя). Походка неустойчивая, шатающаяся. Анизокория  $S > D$ , симптом Аргайла-Робертсона. Непрерывно громко скрежещет зубами. Обширные участки кожной анестезии. Коленные рефлексы не вызываются. Реакция Вассермана в крови положительная.

Рис. 120. Больной М., 53 лет. Прогрессивный паралич. Дементная форма.

Маскообразное лицо, сглаженность, асимметрия носогубных складок.

В возрасте 35 лет болел сифилисом. В 47 лет внезапно развилась правосторонняя гемиплегия, полностью исчезнувшая через 2 месяца. Вскоре поведение больного изменилось: стал грубым, агрессивным, убегал из дома, раздевался догола в присутствии посторонних.

Во время фотосъемки: не ориентируется в месте и времени, неправильно называет свой возраст. На вопросы отвечает невпопад, рассеян, быстро истощается, делает грубые ошибки в счете, не замечает этого. Не может запомнить имени врача, не помнит имени жены. Беспомощен, пассивен, равнодушен к своему положению и окружающему.

В сомато-неврологическом состоянии обнаруживаются: выраженные дистрофические изменения в миокарде, эмфизема легких, амимия, неравномерность носогубных складок, отклонение языка вправо и дрожание его при высовывании, вялая реакция зрачков на свет (акт конвергенции и аккомодации не исследован из-за невыполнения больным указаний врача), повышение коленных рефлексов, грубое расстройство речи (дизартрия), почерк (рис. 156) и походки (угловатая походка), положительная реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости, положительная реакция Нонне-Апельта, плеоцитоз 8—10 в куб. мм.



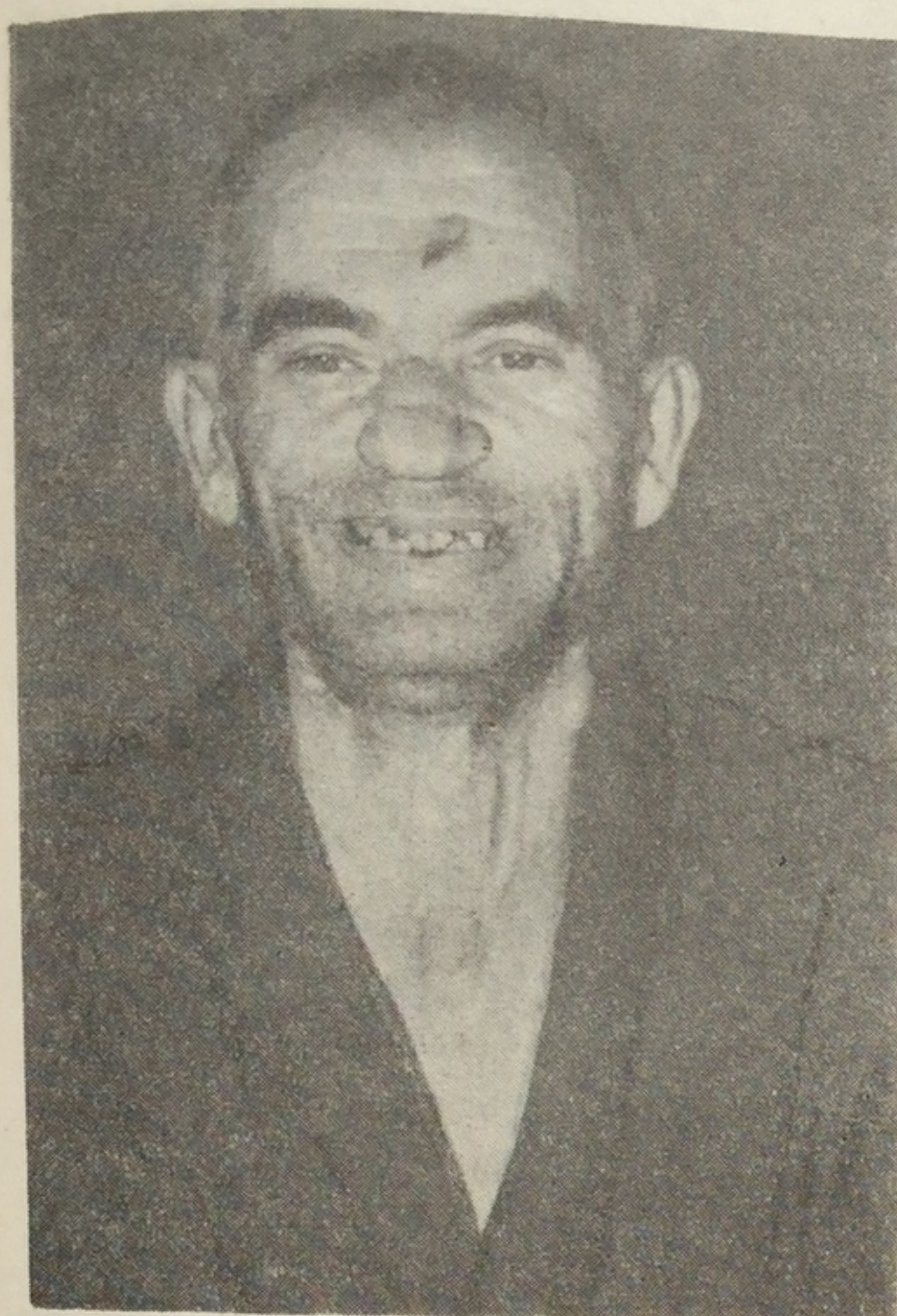


Рис. 117.

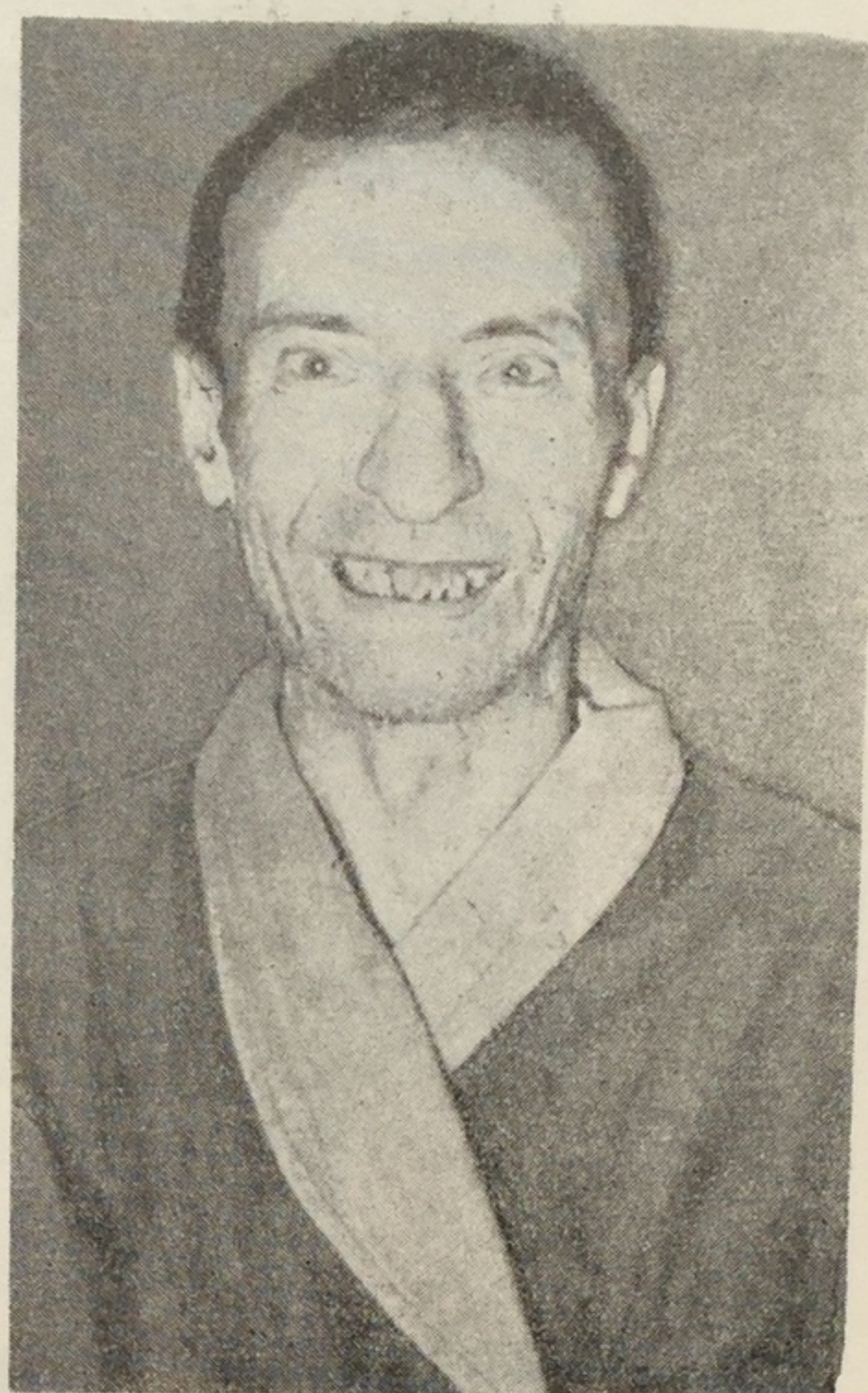


Рис. 118.

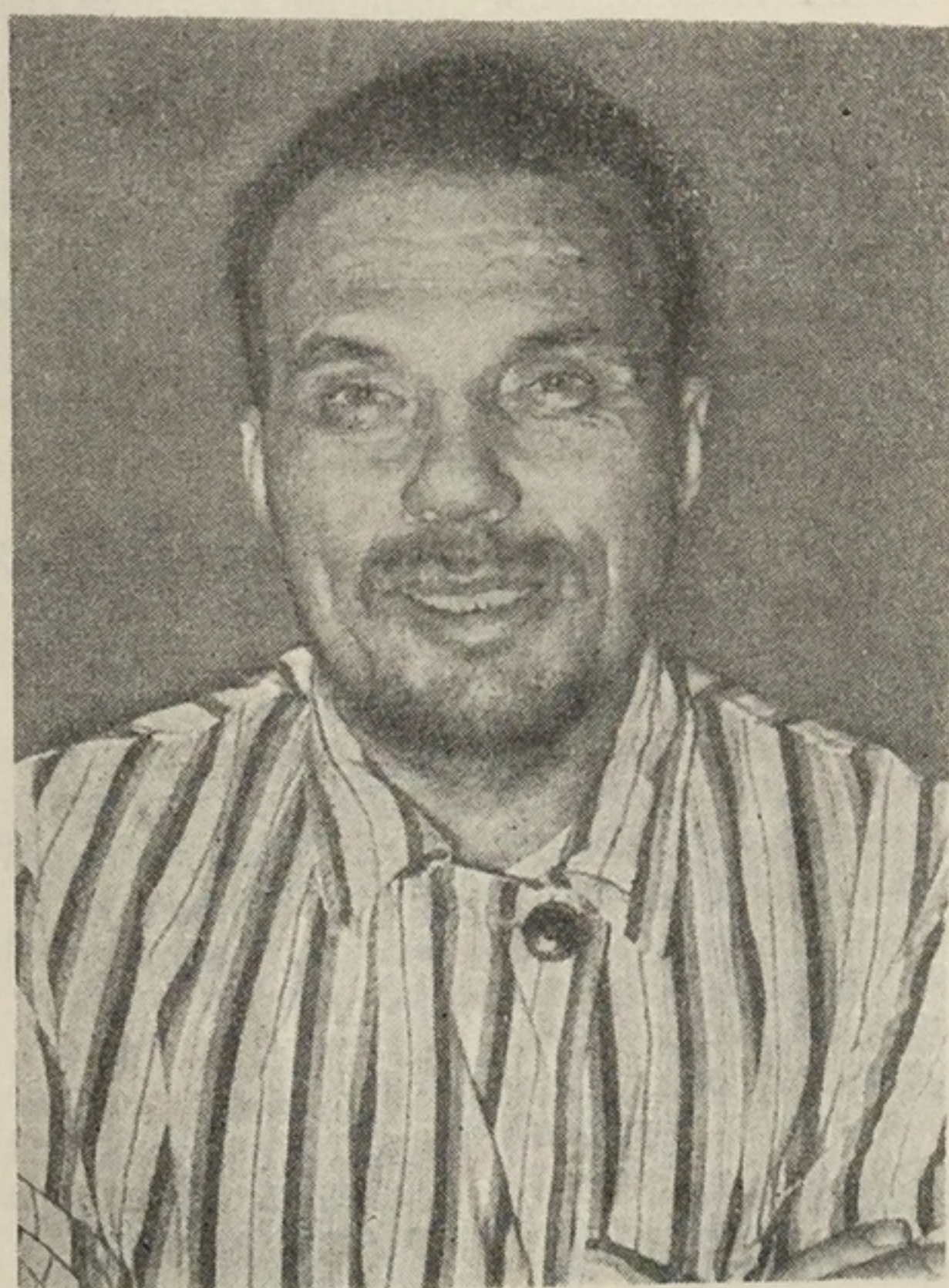


Рис. 119.

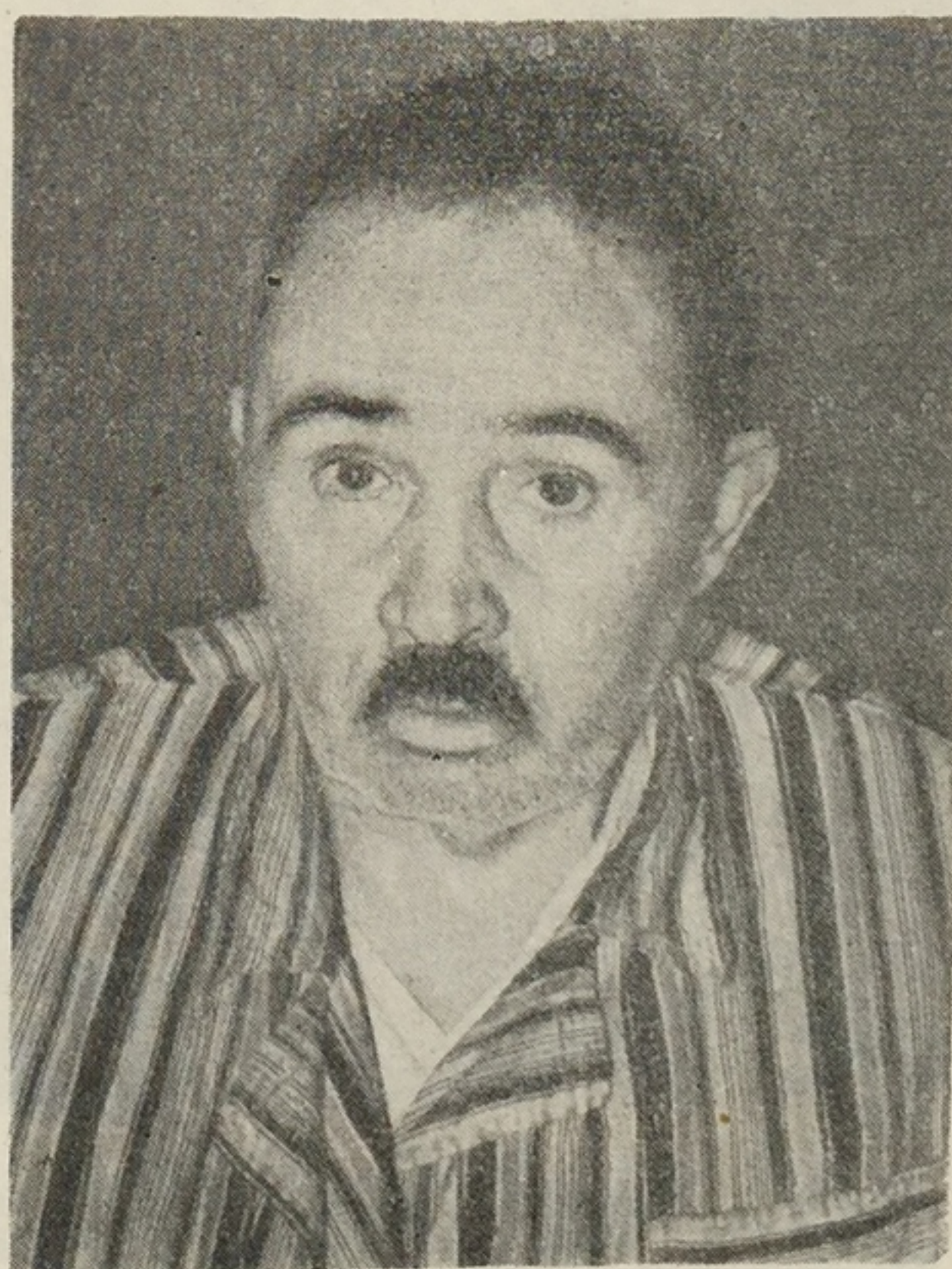


Рис. 120.





Рис. 121. Группа больных прогрессивным параличом.

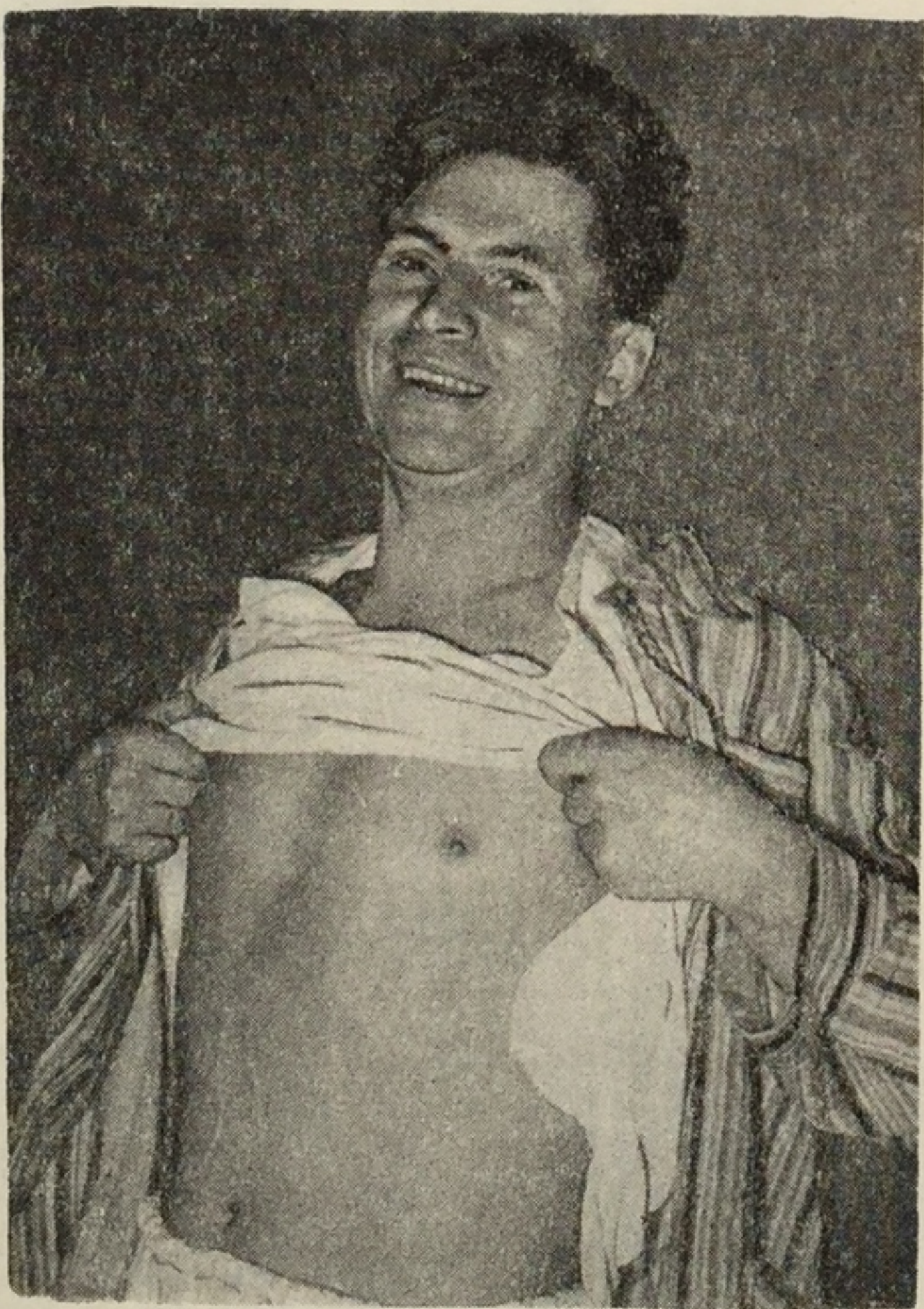


Рис. 122. Больной Е., 40 лет. Прогрессивный паралич.

У жены больного было 3 выкидыша на втором месяце беременности. За год до поступления в больницу появилась раздражительность, вспыльчивость, бил жену и детей. Наблюдался большой судорожный припадок с потерей сознания, пеной у рта, прикусом языка. После припадка «изменилась речь», стал ходить пошатываясь. Через несколько дней эти расстройства прошли, хотя «работать было трудно». За 3 месяца перед поступлением в больницу состояние резко ухудшилось: обнаруживал грубые расстройства памяти, «не понимал всего», стал неряшливым, необычно много ел.

Во время фотосъемки в день поступления: эйфоричен, распевает песни, неточно ориентируется во времени и месте. Беспечно отнесся к своему поступлению в психиатрическую больницу, к своему положению и состоянию рассудительного отношения не обнаруживает. Высказывает отрывочные бредовые идеи величия и богатства, ему построили десятиэтажный дом и впридачу дали 10 тысяч рублей; срывая с себя халат и белье, заявляет, что ищет свое золото. Внимание резко ослаблено, внушаем. Память на события текущего времени и на даты прошлого

нарушена. Суетлив, беспомощен. Речь дизартричная, дрожание мышечных групп в области рта, щек, platysmae myoides, при ходьбе пошатывается, неустойчив в позе Ромберга. Коленные рефлексы равномерно повышены, клонусы стоп и коленных чашечек, участки кожной анальгезии. Симптом Аргайла-Робертсона. Правый зрачок несколько меньше левого. Бывает неопрытен мочой. Почерк резко расстроен (рис. 157). Реакция Вассермана в крови резко положительная. В моче — 0,93% белка, гиалиновые цилиндры 1—3 в поле зрения, зернистые цилиндры — 8—10 в препарате. Анализ крови без особенностей. Тоны сердца глухие — миокардиодистрофия.



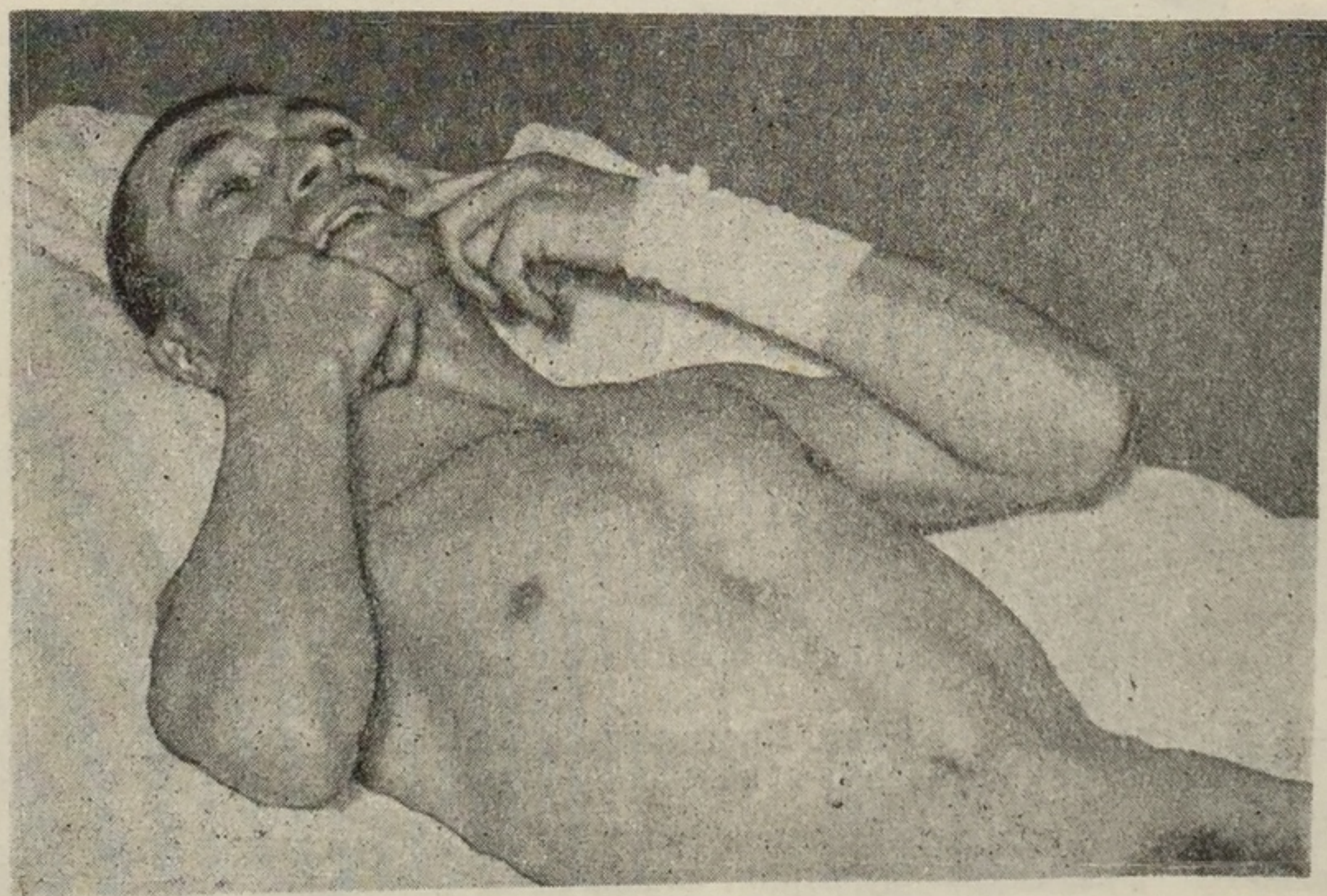
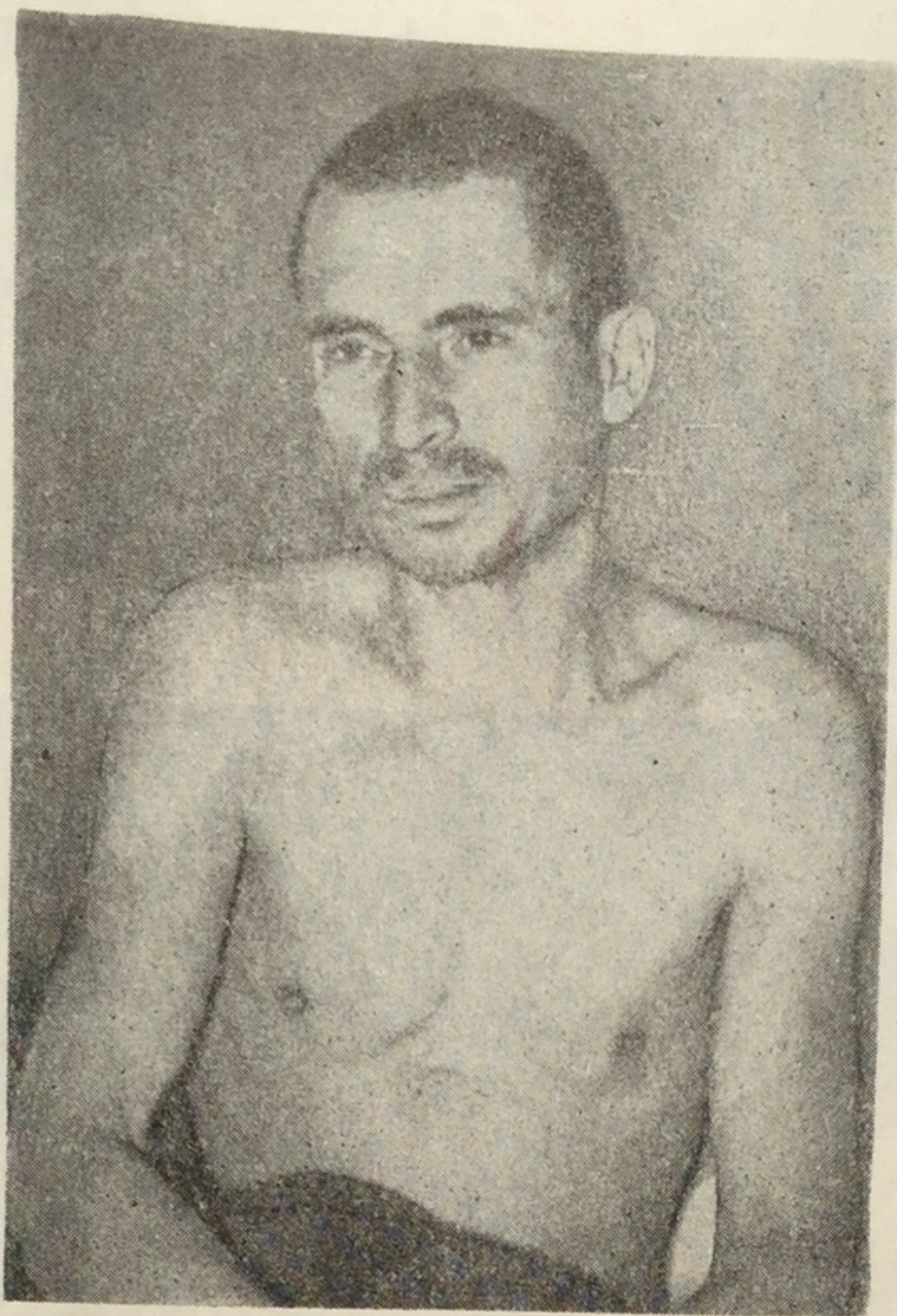


Рис. 123—124. Тот же больной через 2 месяца пребывания в больнице  
после неблагоприятного результата лечения.



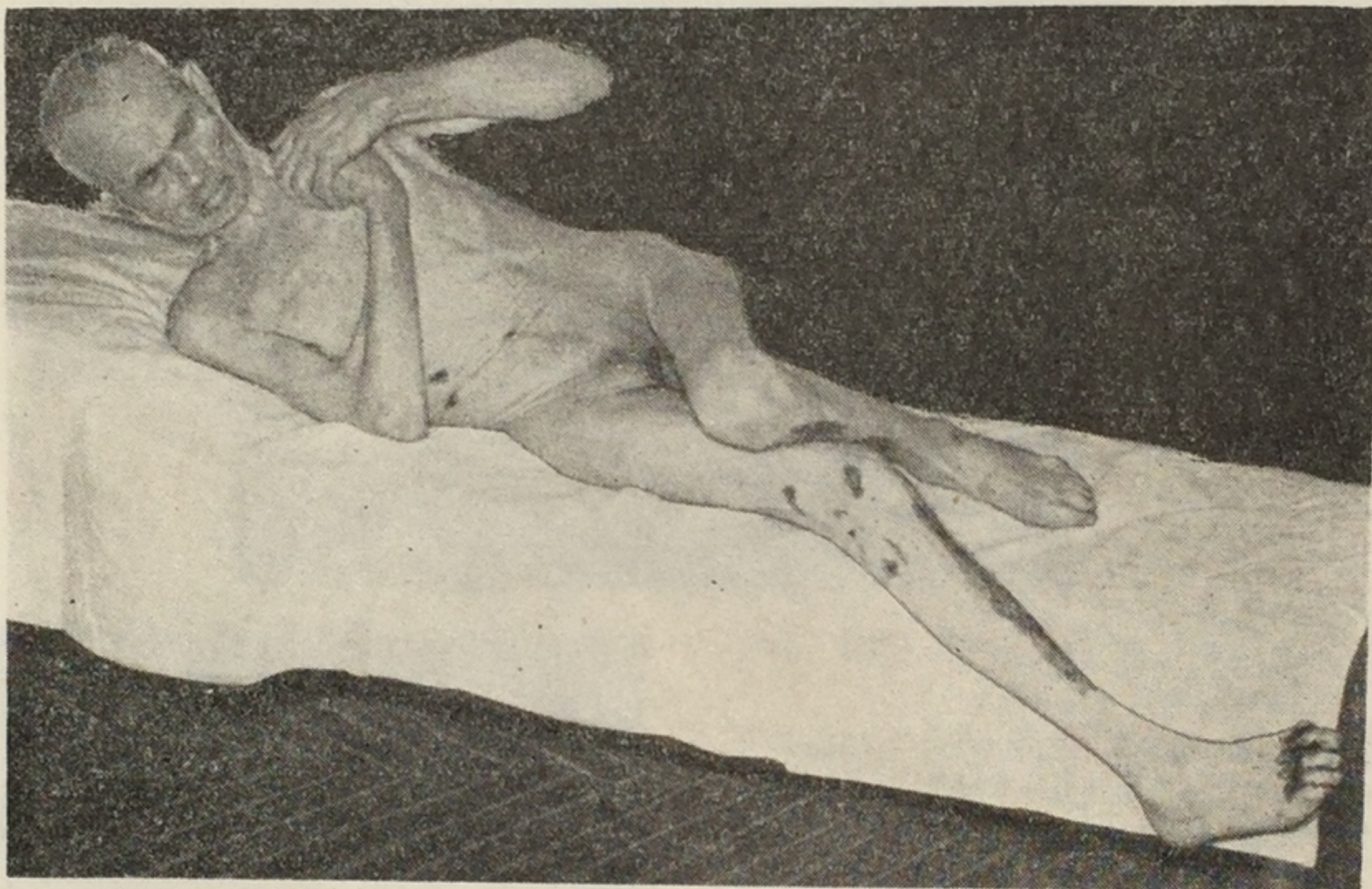
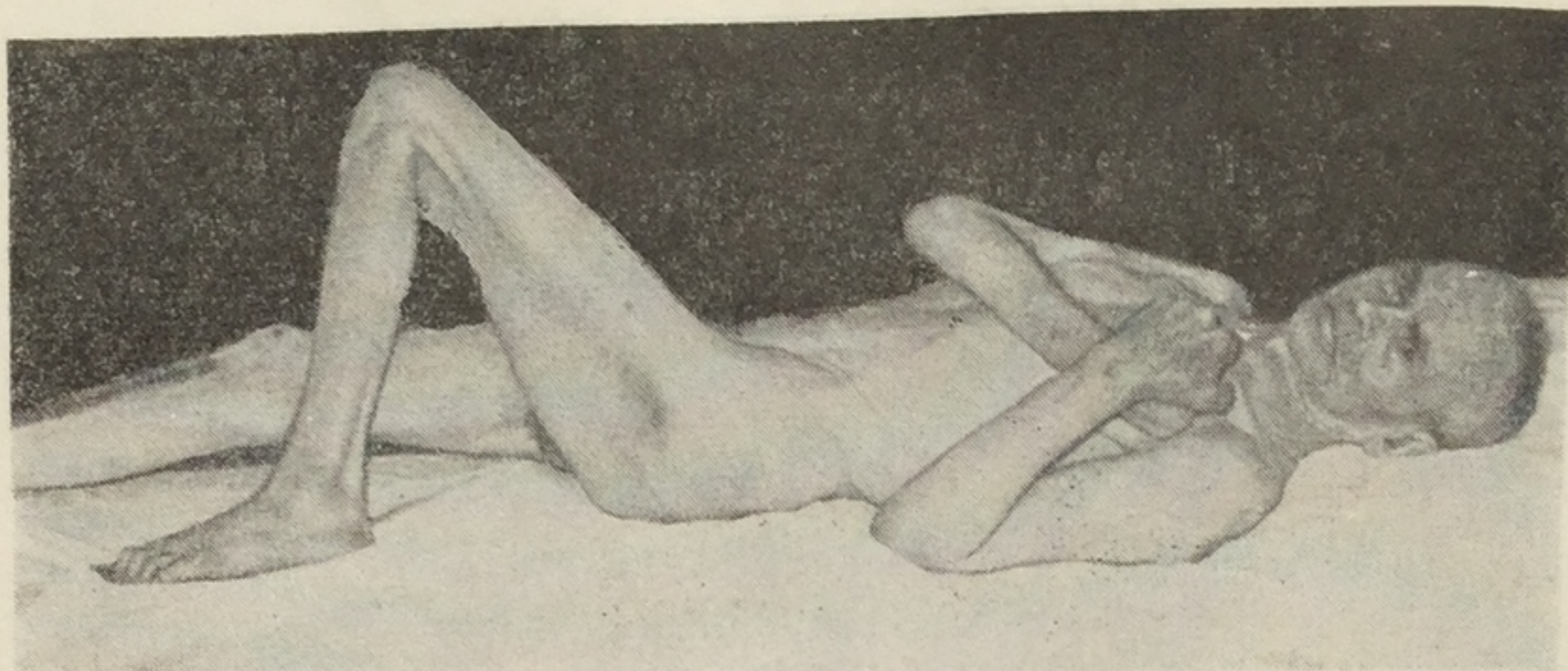


Рис. 125—127. Больной X., 65 лет. Прогрессивный паралич. Паралитический маразм — исхудание в конечной стадии болезни.

Заболев в конце 1958 г. Вышел голым на улицу. В приемном покое психиатрической больницы отмечалась выраженная дизартрия, слабодушие, с трудом осмысливал вопросы, отвечал невпопад. Прожорлив, неопрытен мочой.

Во время фотосъемки: состояние физического и психического маразма, резко истощен, речь невнятная, неопрытен мочой и калом, двигательнo беспомощен, не держит белья. Булимия, скрежещет зубами. Реакция зрачков на свет отсутствует. Сухожильные рефлексы повышены. На голенях местами трофические язвы. В легких сухие хрипы, тоны сердца ослаблены, ритмичны, арт. давл. 130/70. РОЭ 35 мм в 1 час. Эозинофилов 19, лимфопения — 13. В моче следы белка, лейкоциты 60—80 в поле зрения. Реакция Вассермана в крови положительная.



Рис. 128. Прогрессивный паралич. Метеоризм, вздутие живота при недостаточном уходе. В. Вейгандт (W. Weygandt). Атлас психиатрии, 1902.

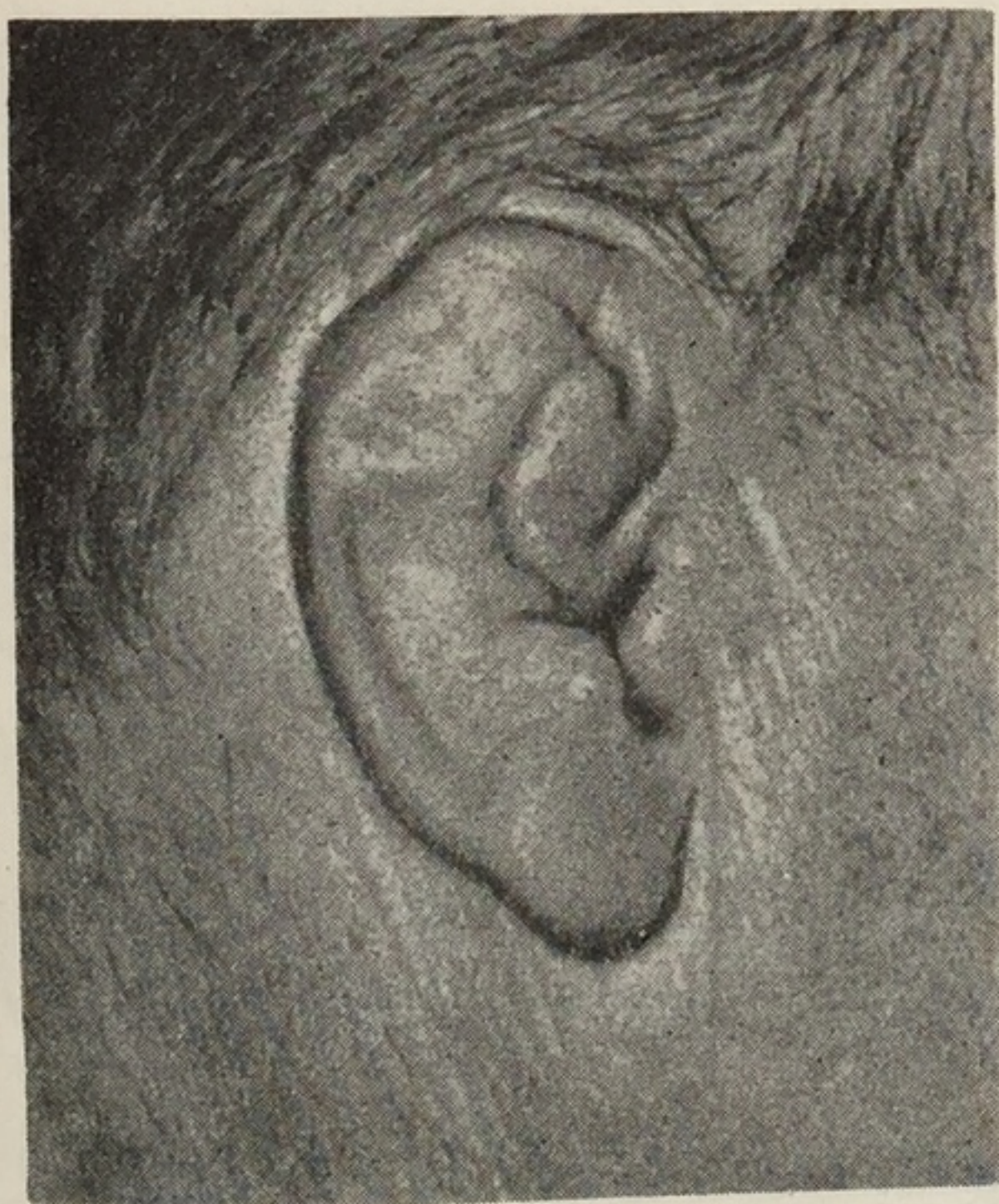


Рис. 129—130. Прогрессивный паралич. Отематомы при недостаточности ухода.



Я лечусь в Киевской  
психоневрологической  
больнице имени академика Павлова

Я лечусь в Киевской психоневрологической  
больнице имени академика Павлова

Я лечусь в Киевской  
психоневрологической больнице  
имени академика Павлова

Рис. 131—133. Прогрессивный паралич. Образцы расстройства почерка соответственно прогрессированию болезни. Для исследования расстройства почерка больным предлагалось написать: «Я лечусь в Киевской психоневрологической больнице имени академика Павлова».



К. Ковалев. Ник. Седом  
 П. Седомов. П. Седомов  
 Ари. Седом. Седомов  
 П. Седомов

Я. Седомов  
 Седомов  
 Седомов  
 Седомов  
 Седомов

Седомов  
 Седомов

Седомов. Седомов

Рис. 134—136. Прогрессивный паралич. Образцы расстройства почерка соответственно прогрессированию болезни. Для исследования почерка больным предлагалось написать: «Я лечусь в Киевской психоневрологической больнице имени академика Павлова».



## ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия принадлежит к группе прогрессирующих заболеваний. Эта классификационная позиция эпилепсии оспаривается многими авторами, усматривающими в этом заболевании лишь форму реакции на различные болезнетворные причины и таким образом относящие эти случаи эпилепсии к группе симптоматических эпилепсий. Симптоматическими эпилепсиями следует считать те эпилептиформные (главным образом судорожно-спастические, припадочные) синдромы и отдельные симптоматологические проявления, которые развиваются на фоне самых разнообразных токсорганических заболеваний, травматических повреждений, инфекционных и специфических поражений центральной нервной системы, эндокринопатий и т. д. и которые служат симптомами указанных поражений. С понятием симптоматической эпилепсии тесно связано понятие эпилептиформной или эпилептической реакции, складывающееся из эпилептической спастической реакции (клиническая картина которой состоит из больших и малых эпилептических припадков) и эпилептической психической реакции (клиническая картина которой складывается из симптоматики острых эпилептических эпизодических психозов-эквивалентов). Эпилептические реакции могут развиваться в числе прочих возможностей либо в начале процессов (напр. шизофрении, прогрессивного паралича), либо психогенно. Клинические возможности образования эпилептических реакций в случаях процессов (напр. шизофренического, органического) представляются связанными, во-первых, с элементами повышения судорожной готовности, во-вторых, с действием интоксикации (включая первичную интоксикацию при образовании эпилептиформных проявлений в начале процесса), в-третьих — с физической (травмы черепа) или психической травмой. При группе симптоматических эпилепсий эпилептиформно-эпилептический синдром сочетается с общеорганическими изменениями психики, присущими основному заболеванию, например, с алкогольными изменениями психики (так называемая алкогольная эпилепсия), склеротическими изменениями психики (так называемая поздняя, артериосклеротическая эпилепсия), с паралитическим слабоумием (так называемая парасифилитическая эпилепсия). При ядерной же группе эпилепсий сочетается эпилептическо-психотический синдром с эпилептическими изменениями психики, с эпилептическим слабоумием. Клиническими признаками, характеризующими тип течения так называемой ядерной эпилепсии (вокруг которой все теснее сжимается кольцо

сим  
не  
дис  
ля  
эпи  
эп  
за  
спа  
чес  
тур  
лож  
мат  
меж  
нии  
бен  
пар  
опр  
деф  
скл  
ных  
ляе  
слаб  
явл  
суш  
злон  
цент  
ног  
ным  
ния  
про  
ных  
соот  
про  
мене  
глуб  
давн  
ског  
159—  
риоз  
дисф  
ские  
ным  
ся с  
дина  
менн  
тов т  
созна  
Р  
ния я  
эпиле  
амбул  
случа  
небол  
зодов  
9 375



симптоматических эпилепсий, в чем обнаруживается огромный успех уточнения знаний об эпилепсии), является, во-первых, так называемый прогредиентно-гипертрофический рост симптоматики. Из мелкого симптома, являющегося частью большого эпилептического припадка или психотического эпизода, при этом типе течения эпилепсии постепенно развивается большой эпилептический симптом — припадок, эквивалент, напр. головокружение, заканчивающееся обмороком, с возникающими впоследствии судорожно-спастическими явлениями, постепенно обрастающими пре- и постэпилептической симптоматикой, с отражением всего перечисленного в общей структуре и динамике эпилептической психики; таков путь (в схематическом изложении) прогредиентно-гипертрофического роста эпилептической симптоматики. Вторым клиническим признаком является своеобразный контраст между сроком процесса и степенью дефекта, заключающийся в расхождении сравнительно незначительной степени интеллектуального дефекта (особенно памяти) и давности эпилептического процесса. Если прогрессивный паралитик хотя бы в течение первого полугодия заболевания обнаруживает определенного размера разрушение памяти, то меньший или той же степени дефект артериосклеротик приобретает за несколько лет движения артериосклеротического слабоумия, а эпилептик приходит к той же степени дефектных результатов за 20—30 лет движения болезни. Третьим признаком является образование собственно эпилептической психики, эпилептического слабоумия (рис. 173—176), основными конструктивными элементами которой являются: обстоятельность, склонность к детализовке, неумение отличить существенное от незначительного, педантизм, склонность к застреванию, злопамятность, мстительность, ханжество, угодливость, слащавость, эгоцентризм, огневая раздражительность с склонностью к вспышкам яростного гнева и агрессивно-разрушительным действиям. Наряду с перечисленными выше чертами эпилептической психики у эпилептиков по мере движения процесса обнаруживается нарастающее ослабление памяти, общая прогрессирующая олигофазия, особенно усиливающаяся в послеприпадочных состояниях. Одним из элементов основного поражения, усиливающегося соответственно движению процесса, является изменение темпа психических процессов, вязкости, тяжеловесности, тугоподвижности. Дефектные изменения психомоторного темпа у эпилептиков могут явиться показателем глубины эпилептических изменений психики, интенсивности поражения, давности процесса.

Эпилептическое слабоумие является основным симптомом эпилептического процесса. Эпилептические припадки, большие (рис. 137—157, 159—160) и малые, либо эпилептические психозы-эквиваленты — делириозные, сумеречные состояния (рис. 164—168), амбулаторный автоматизм, дисфории — расстройства настроения (рис. 171—172), фуги, пориоманические приступы и т. д. являются добавочными симптомами (хотя и основными объектами терапевтического воздействия), в которых все же отражаются специфические особенности эпилептического процесса, специфическая динамика эпилептических эпизодических симптомов (острота — кратковременность течения, мощная аффективная напряженность, чаще всего аффектов тоски, злобы и страха, склонность к отражению симптомов в изменении сознания и т. п.).

Наиболее частыми формами эпилепсии, клиническими типами ее течения являются следующие эпилептические синдромы: 1. *Epilepsia simplex* — эпилепсия, обнимающая группу больных, обычно являющихся пациентами амбулаторно-поликлинических учреждений. Припадки-эквиваленты в этих случаях либо вовсе не отмечаются, либо занимают в течение заболевания небольшое место, выражаясь в форме одного-двух неясно очерченных эпизодов в анамнезе. Несколько чаще встречаются «малые эпилептические симп-



томы» типа головокружений, absences и т. п. Основой этой формы течения эпилепсии является медленное нарастание эпилептического слабоумия (Я. В. Беренштейн). 2. *Epilepsia spastica* — пароксизмальная, конвульсивная, спастическая форма эпилепсии — наиболее частый и наиболее изученный симптомокомплекс. Эта форма эпилепсии дебютирует главным образом судорожными припадками (рис. 137—157), занимающими в симптоматике течения доминирующую роль. Двигательные симптомы при этой форме болезни обнаруживаются как в виде припадков со всеми присущими им особенностями, например, в виде ауры, так и в виде своеобразных припадков, заменяющих состояния-эквиваленты, также двигательных в виде *epilepsia procursiva* (прокурсивная эпилепсия — вид эпилепсии, при котором вместо судорожных явлений или в качестве предвестника припадков наблюдается неустойчивый бег вперед), *epilepsia retrocursiva* (ретрокурсивная эпилепсия), *epilepsia rotatoria* (ротаторная эпилепсия) и т. д.

При этой форме эпилепсии сравнительно с другими типами течения чаще наблюдается *status epilepticus* — катастрофическое учащение припадков, интеллектуальный тип прогрессивности, наиболее отчетливо выраженные особенности речевой эпилептической мелодии. Острые эпизодические эпилептические психозы-эквиваленты либо могут вовсе не быть, либо занимают по отношению к судорожной спастической симптоматике подчиненное положение. 3. *Epilepsia psychica* — психическая эпилепсия, при которой основным ведущим симптомокомплексом являются симптомы острых эквивалентных психозов (рис. 164—168, 170—172), судорожные припадки стоят на втором плане и лишь как бы аккомпанируют острым эпилептическим психозам и подчеркивают эпилептическую природу заболевания. Можно отметить при этой форме иногда наблюдающийся так называемый *status epilepticus psychicus* — резкое учащение психотических эквивалентов, в таких случаях как бы сливающихся в затяжной эпилептический психоз. При психической форме эпилепсии чаще всего наблюдается характерологический тип прогрессивности с менее рельефно, чем при спастической форме, выраженными изменениями темпа и олигофазическими расстройствами. Наиболее часто при психической эпилепсии наблюдаются синдромы расстройства настроения, сумеречные состояния, амбулаторный автоматизм. 4. *Epilepsia circularis* — циркулярная форма эпилепсии, при которой создается своеобразная форма выявления эпилептических эквивалентов либо в виде маниакальных, либо меланхолических приступов, напоминающих в основном циркулярный психоз. Для этой формы характерно сравнительно благоприятное течение основных эпилептических изменений, небольшая интенсивность дефектных изменений психики, ограниченное количество судорожных припадков. 5. *Epilepsia paranoidea* — параноидное эпилептическое слабоумие, при котором стойкий затяжной бредовый синдром обычно развивается у эпилептиков, как психогенное параноидное развитие или как резидуальный, остаточный бред. 6. *Dementia epileptica*, или классическая форма эпилепсии, обнимает группу случаев, в которых на фоне основной картины эпилептического слабоумия наблюдается как бы в одинаковой пропорции судорожно-спастическая и эпизодическо-психотическая симптоматика. Этот тип течения нередко включает в себе почти все номенклатурное богатство эпилептических симптомов, чаще всего делающих пациента постоянным обитателем психиатрических стационаров. Структура и динамика эпилептического слабоумия при этой форме получает свое наиболее интенсивное развитие. Со стороны соматической у эпилептиков может наблюдаться атлетоидно-диспластический тип телосложения, плюригландулярная недостаточность, леворукость, асимметрические явления (рис. 169—173), ограничение поля зрения, ослабление вкусовых ощущений, свинцовый блеск глаз (симптом Чижана), следы припадков — рубцы на голове, лице



(рис. 171), прикусы языка (рис. 161, 162). «Патологоанатомические изменения заключаются в склерозе, сморщивании аммониева рога, мутности мягкой мозговой оболочки, утончении серого вещества, расширении боковых желудочков, мелких кровизлияниях под мягкую мозговую оболочку. В случаях, быстро закончившихся смертью, наблюдается отек, набухание головного мозга. Эмбриональный вид нервных клеток, неправильная форма нервных клеток, недоразвитие больших паримид, гетеротопическое смещение нервных клеток в белом веществе или молекулярном слое коры. Разрастание глии во всех отделах полушарий. Помимо разрастания ядер глии, особенно наблюдаются гиперплазия волокнистой глии и увеличение количества астроцитов. Разрастание краевой глии в особенности представляет характерную картину: сравнительно с нормой краевой слой резко утолщен, иногда вдвое или втрое; утолщение местами образует особые узлы, вдающиеся на большом протяжении в подлежащие слои тангенциальных волокон и в наружный зернистый слой; местами глия вдаётся наружу, врастает в мягкую мозговую оболочку, что является причиной нередко наблюдающегося сращения мягкой мозговой оболочки с корой» (Гиляровский).

Прогноз эпилепсии определяется степенью эпилептической дегенерации психики и динамикой припадочных симптомов. Чем рельефнее и резче выражены эпилептические изменения психики, чем чаще и интенсивнее (главным образом в смысле продолжительности) протекают припадки, тем хуже прогноз.

Наиболее частое возникновение эпилепсии отмечается в возрасте от 6 до 20 лет.

Дифференциальный диагноз эпилепсии, как правило, производится с сифилисом мозга (сифилитическая эпилепсия), прогрессирующим параличом (парасифилитическая эпилепсия), артериосклерозом головного мозга (так называемая поздняя эпилепсия), опухолью мозга, травматической церебропатией, симптоматическо-интоксикационной эпилепсией (алкогольная, свинцовая, уремическая и т. д.), аффектэпилепсией.

По И. П. Павлову, у эпилептиков нервные процессы характеризуются силой и инертностью: возбуждение в мозгу может достигать очень большой величины, но вследствие значительной инертности это возбуждение должно накапливаться в течение более или менее длительного времени прежде чем возникнет эпилептический припадок. Поэтому из взаимоотношений между силой и инертностью нервных процессов у эпилептиков вытекает периодичность и взрывчатость в течение нервных процессов. Накопление возбуждения после припадка происходит в одном определенном пункте коры (постоянство ауры), являющемся очагом патологически инертного, застойного возбуждения, откуда начинается разряд, распространяющийся во время развития припадка на все остальные области нервной системы. Припадок начинается усилением возбуждения в застойном очаге (аура), остальные области коры мозга выключаются вследствие индукции торможения. В результате указанных процессов наблюдается потеря сознания и растормаживание подкорки (тонические судороги). В дальнейшем подкорковые тонические судороги сменяются корковыми, клоническими. Коматозное состояние, сон, олигофазия — проявления различной степени торможения, развивающегося в центральной нервной системе эпилептика.



**БОЛЬШОЙ СУДОРОЖНЫЙ,  
ТОНИКОКЛОНИЧЕСКИЙ, ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ ПРИПАДОК**  
(рис. 137—157)

Начинается после ауры или без нее, часто пронзительным криком, обусловленным тонической судорогой дыхательной мускулатуры и голосовой щели. Кожа бледнеет; затем развивается синюшность, лицо багровеет. С первого же момента наступает внезапная потеря сознания, падение — в любой случайной обстановке. Первая фаза припадка характеризуется тонической периодом — общим тоническим сокращением мускулатуры. Продолжительность тонического периода 10—20—30 секунд, после чего наступают слабые и беспорядочные, затем все усиливающиеся и ускоряющиеся толчкообразные ритмические подергивания мышц — клонический период припадка, длящийся 1—2—3 минуты. Из рта больного течет пена, окрашенная в розоватый или красный цвет от прикушенного плотно сжатыми в тоническом периоде челюстями языка, внутренней поверхности щек, губ. Дыхание учащенное и хриплое, пульс учащен. Болевая чувствительность отсутствует. Зрачки широки и неподвижны, иногда в клоническом периоде наблюдают судорожные колебания величины зрачков — трепетание зрачков. Глазные яблоки бывают отведены кверху. Часто появляется симптом Бабинского. Во время припадка больные выпускают мочу (женщины чаще), кал, иногда семенную жидкость, бывает рвота. Все эти явления зависят от усиления желудочно-кишечной перистальтики, сокращения мочевого пузыря, брюшной стенки и т. д. Больные ушибаются, ломают зубы, бывают переломы костей, вывихи; преимущественно верхних конечностей в плечевом суставе и т. д.

По окончании клонической фазы припадка (постепенно спадающей) окраска кожи возвращается к норме, кожа иногда покрывается потом, пульс и дыхание выравниваются и больной погружается в послеприпадочный сон. После припадка — полная амнезия, олигофазия, иногда возникают послеприпадочные психотические состояния — послеэпилептическое помешательство. До припадка наблюдается падение сахарообразовательной функции и повышение ее после припадка, повышение вязкости крови до припадка, повышение щелочности крови, лейкопения (после припадка — лейкоцитоз). Припадку предшествует побледнение и уменьшение размеров головного мозга. После припадка в моче наблюдается увеличенное выделение мочевой кислоты, аммиака, креатинина, фосфора, индикана. После частых припадков отмечается ацетонурия. Кислотность мочи повышается, иногда после припадка падает вес больных.



(рис. 171), прикусы языка (рис. 161, 162). «Патологоанатомические изменения заключаются в склерозе, сморщивании аммониева рога, мутности мягкой мозговой оболочки, утончении серого вещества, расширении боковых желудочков, мелких кровизлияниях под мягкую мозговую оболочку. В случаях, быстро закончившихся смертью, наблюдается отек, набухание головного мозга. Эмбриональный вид нервных клеток, неправильная форма нервных клеток, недоразвитие больших паримид, гетеротопическое смещение нервных клеток в белом веществе или молекулярном слое коры. Разрастание глии во всех отделах полушарий. Помимо разрастания ядер глии, особенно наблюдаются гиперплазия волокнистой глии и увеличение количества астроцитов. Разрастание краевой глии в особенности представляет характерную картину: сравнительно с нормой краевой слой резко утолщен, иногда вдвое или втрое; утолщение местами образует особые узлы, вдающиеся на большом протяжении в подлежащие слои тангенциальных волокон и в наружный зернистый слой; местами глия вдаётся наружу, врастает в мягкую мозговую оболочку, что является причиной нередко наблюдающегося сращения мягкой мозговой оболочки с корой» (Гиляровский).

Прогноз эпилепсии определяется степенью эпилептической дегенерации психики и динамикой припадочных симптомов. Чем рельефнее и резче выражены эпилептические изменения психики, чем чаще и интенсивнее (главным образом в смысле продолжительности) протекают припадки, тем хуже прогноз.

Наиболее частое возникновение эпилепсии отмечается в возрасте от 6 до 20 лет.

Дифференциальный диагноз эпилепсии, как правило, производится с сифилисом мозга (сифилитическая эпилепсия), прогрессирующим параличом (парасифилитическая эпилепсия), артериосклерозом головного мозга (так называемая поздняя эпилепсия), опухолью мозга, травматической церебропатией, симптоматическо-интоксикационной эпилепсией (алкогольная, свинцовая, уремическая и т. д.), аффектэпилепсией.

По И. П. Павлову, у эпилептиков нервные процессы характеризуются силой и инертностью: возбуждение в мозгу может достигать очень большой величины, но вследствие значительной инертности это возбуждение должно накапливаться в течение более или менее длительного времени прежде чем возникнет эпилептический припадок. Поэтому из взаимоотношений между силой и инертностью нервных процессов у эпилептиков вытекает периодичность и взрывчатость в течение нервных процессов. Накопление возбуждения после припадка происходит в одном определенном пункте коры (постоянство ауры), являющемся очагом патологически инертного, застойного возбуждения, откуда начинается разряд, распространяющийся во время развития припадка на все остальные области нервной системы. Припадок начинается усилением возбуждения в застойном очаге (аура), остальные области коры мозга выключаются вследствие индукции торможения. В результате указанных процессов наблюдается потеря сознания и растормаживание подкорки (тонические судороги). В дальнейшем подкорковые тонические судороги сменяются корковыми, клоническими. Коматозное состояние, сон, олигофазия — проявления различной степени торможения, развивающегося в центральной нервной системе эпилептика.





Рис. 137. Начало эпилептического припадка через 20 минут после бывшего уже у больной припадка.

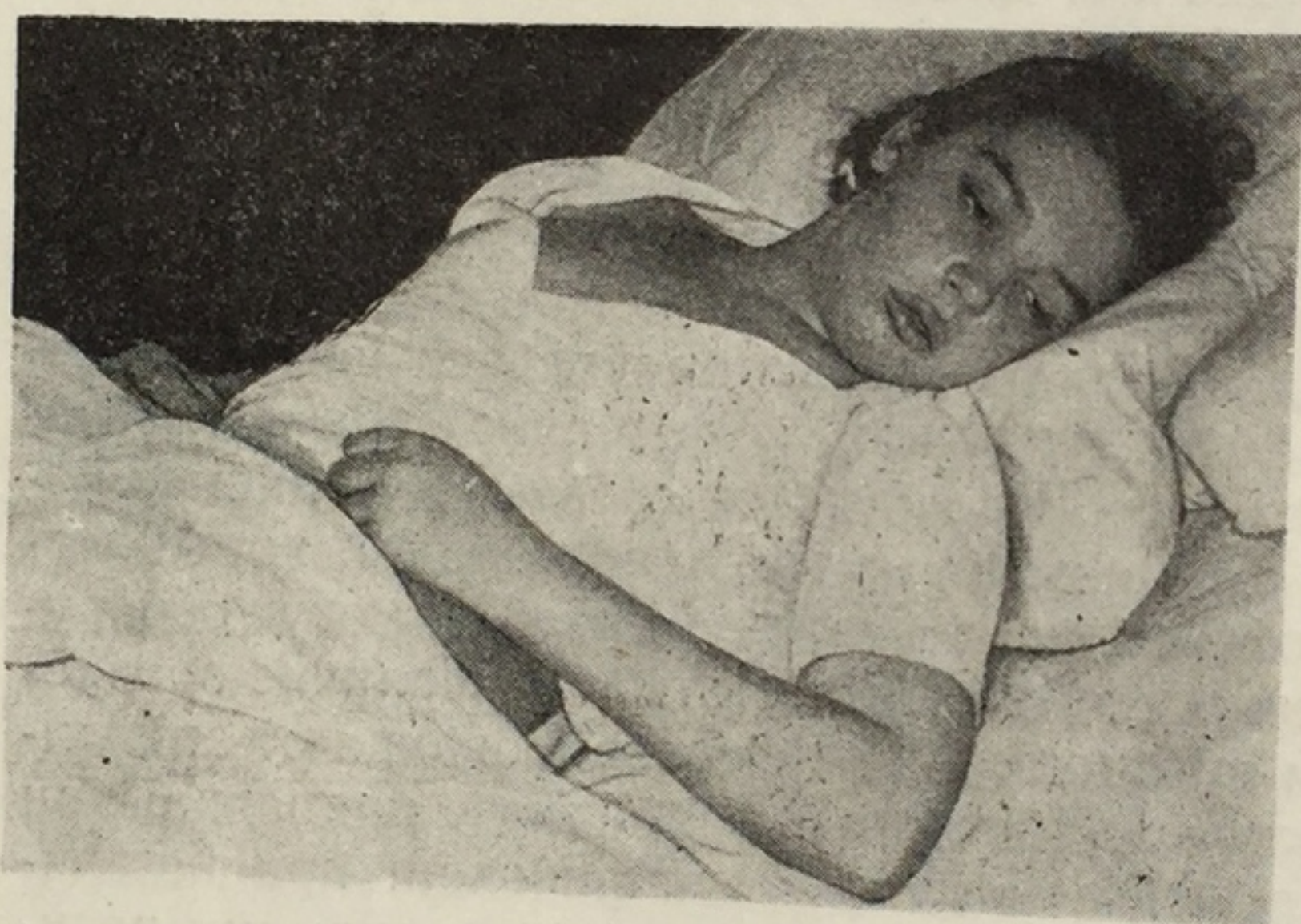


Рис. 138. Начало эпилептического припадка с тонической судорогой и поворотом головы.



Рис. 139. То же.



Рис. 140. То же.

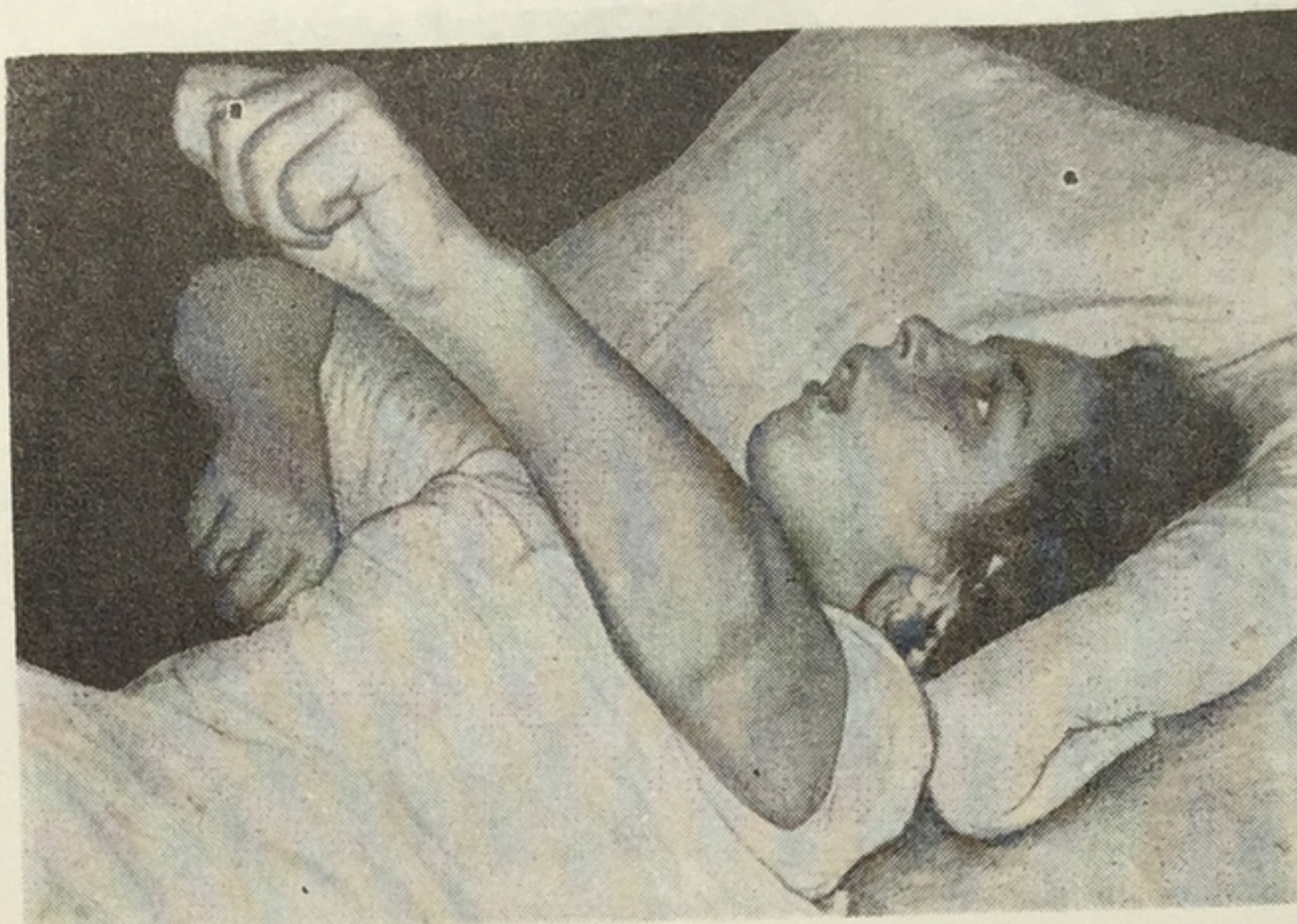


Рис. 141. Нарастание, генерализация тонической судороги с переходом в клоническую судорогу.

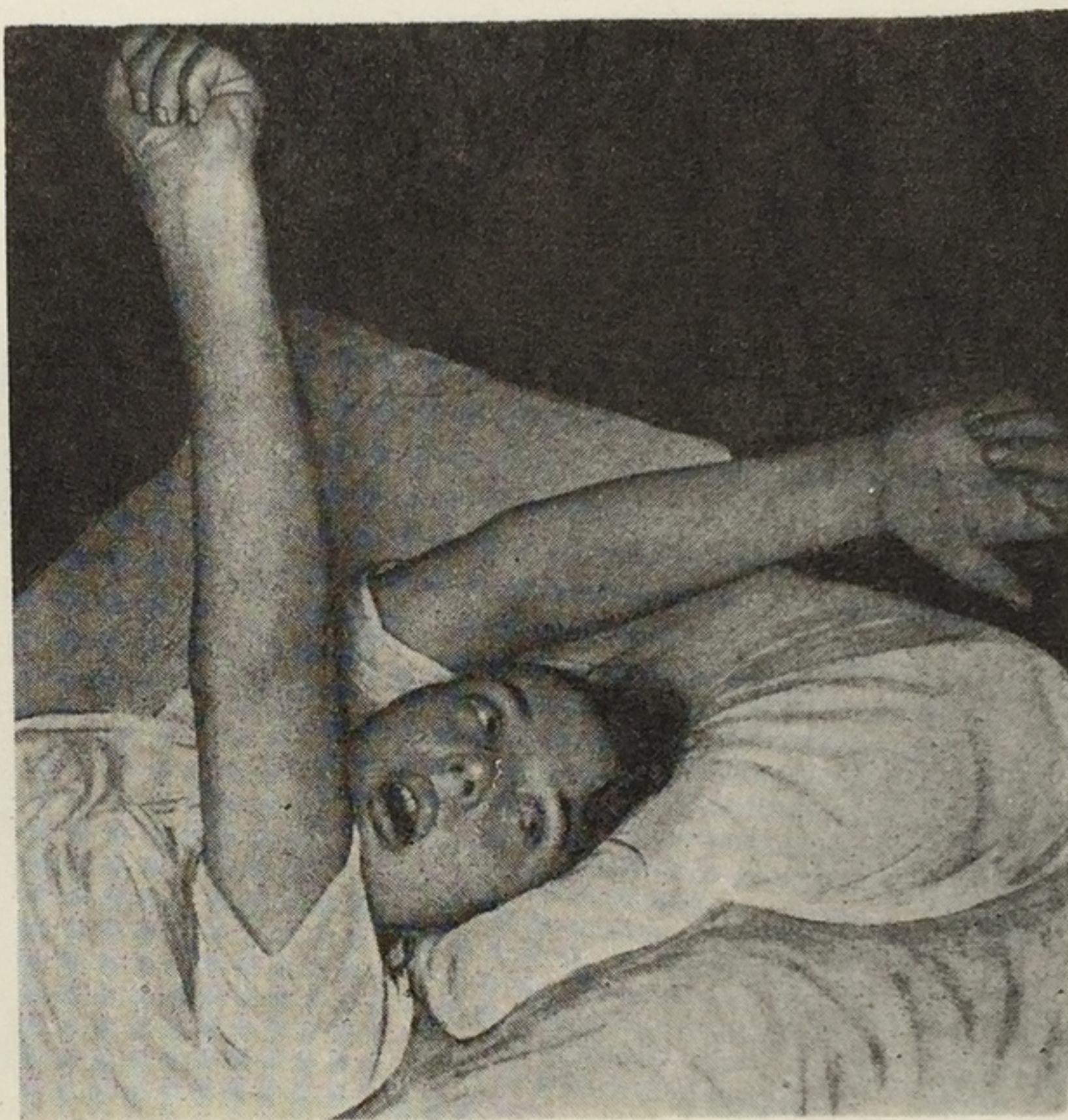
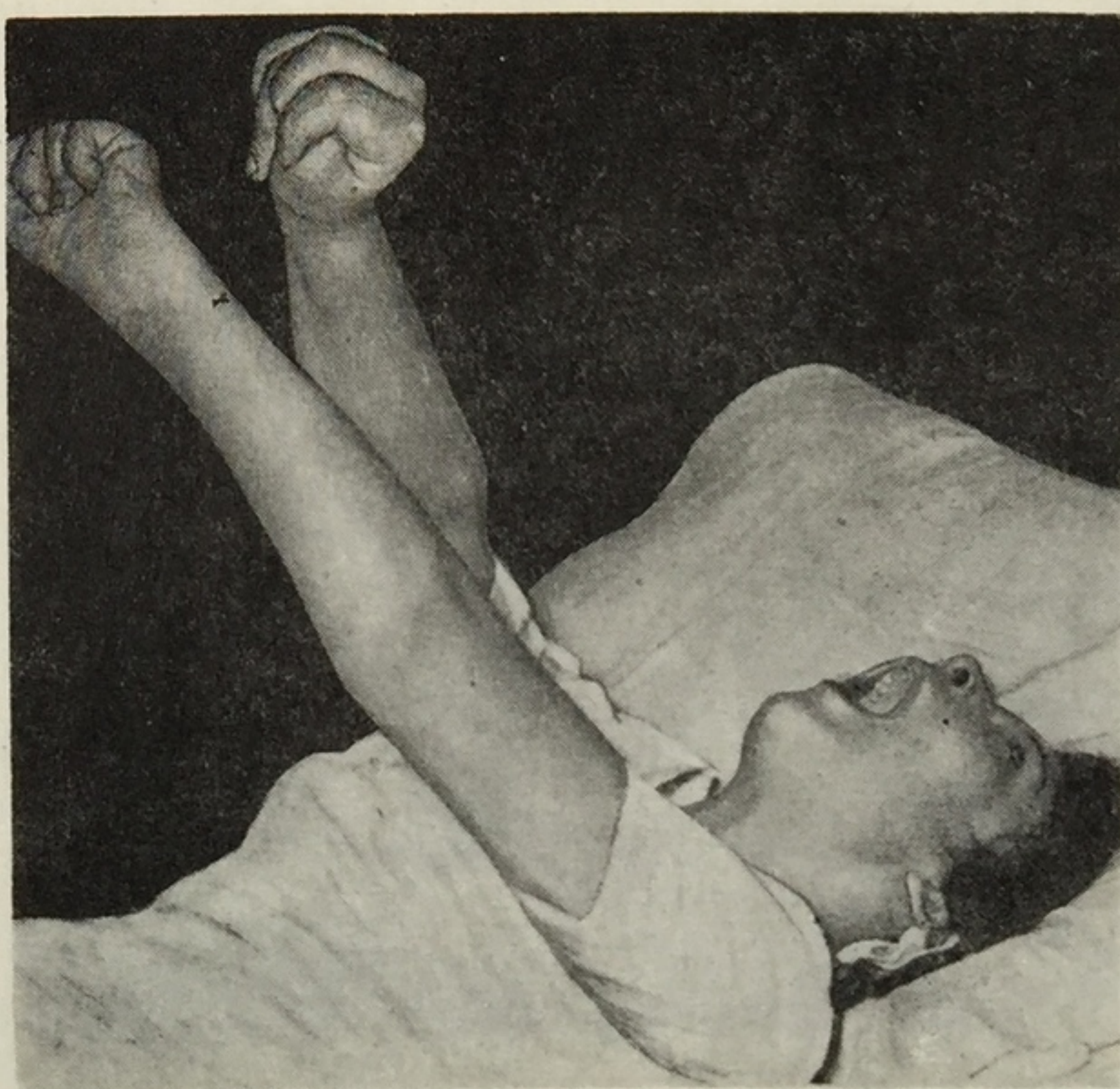


Рис. 142. То же.





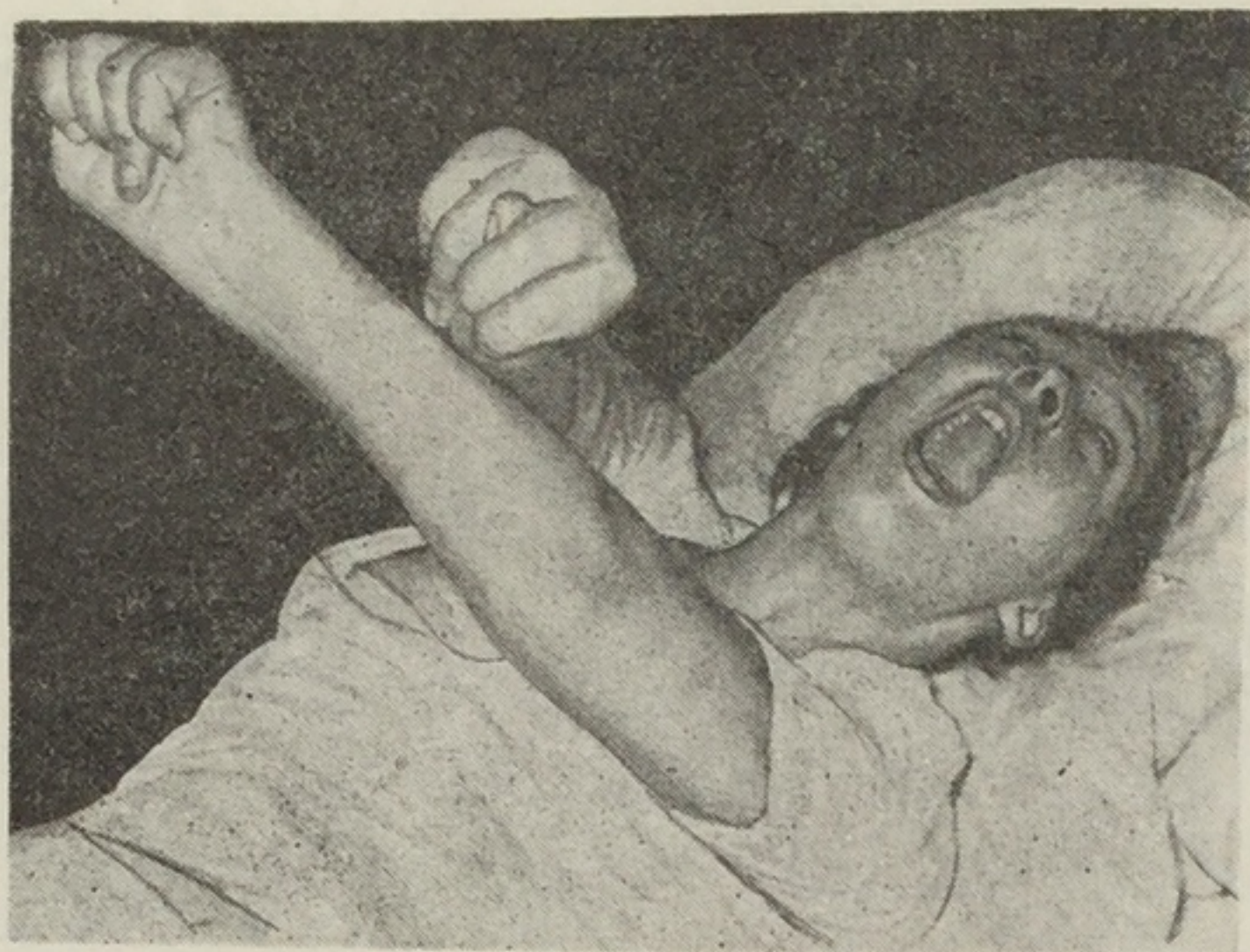


Рис. 143. Нарастание клонических сокращений.

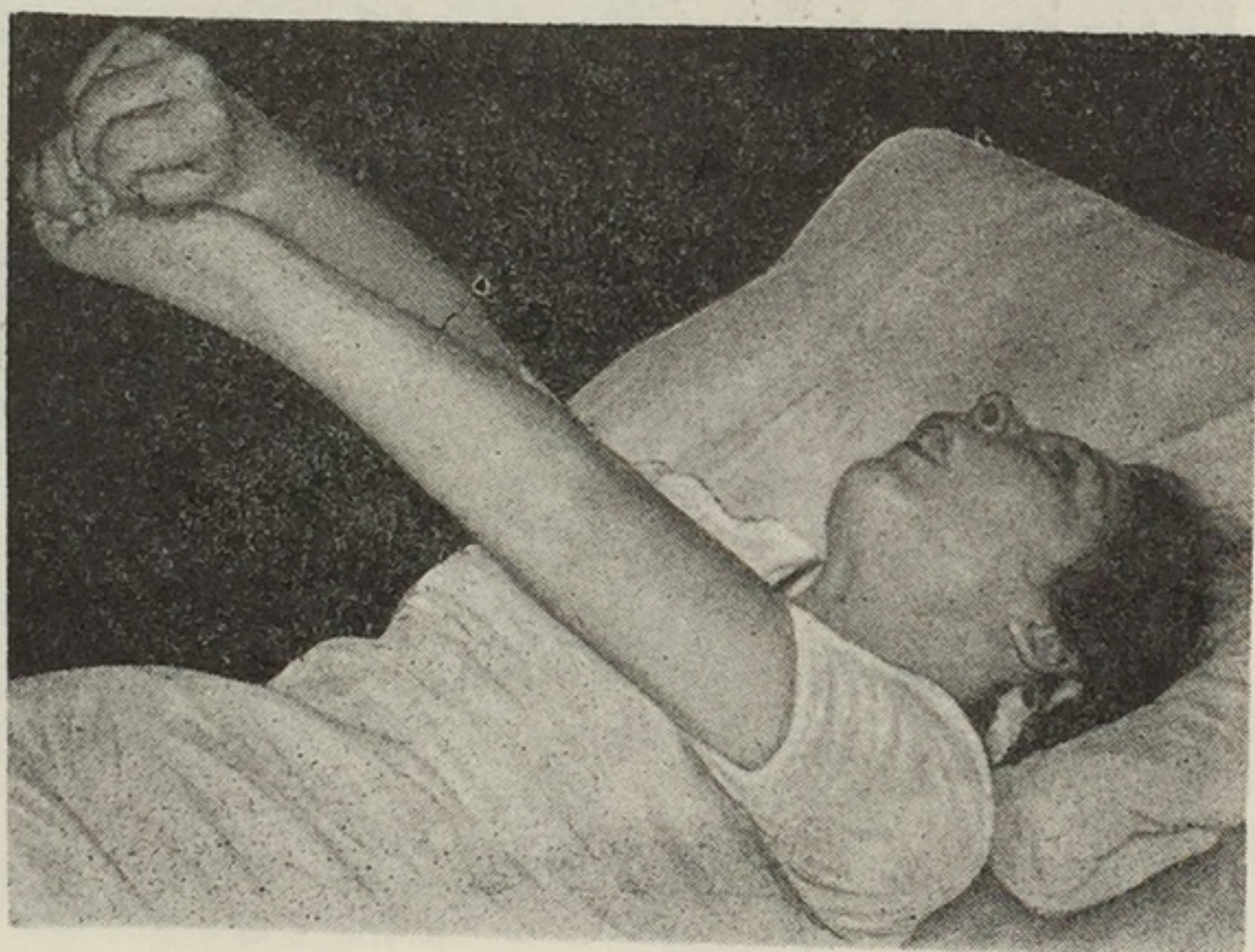


Рис. 144. То же.

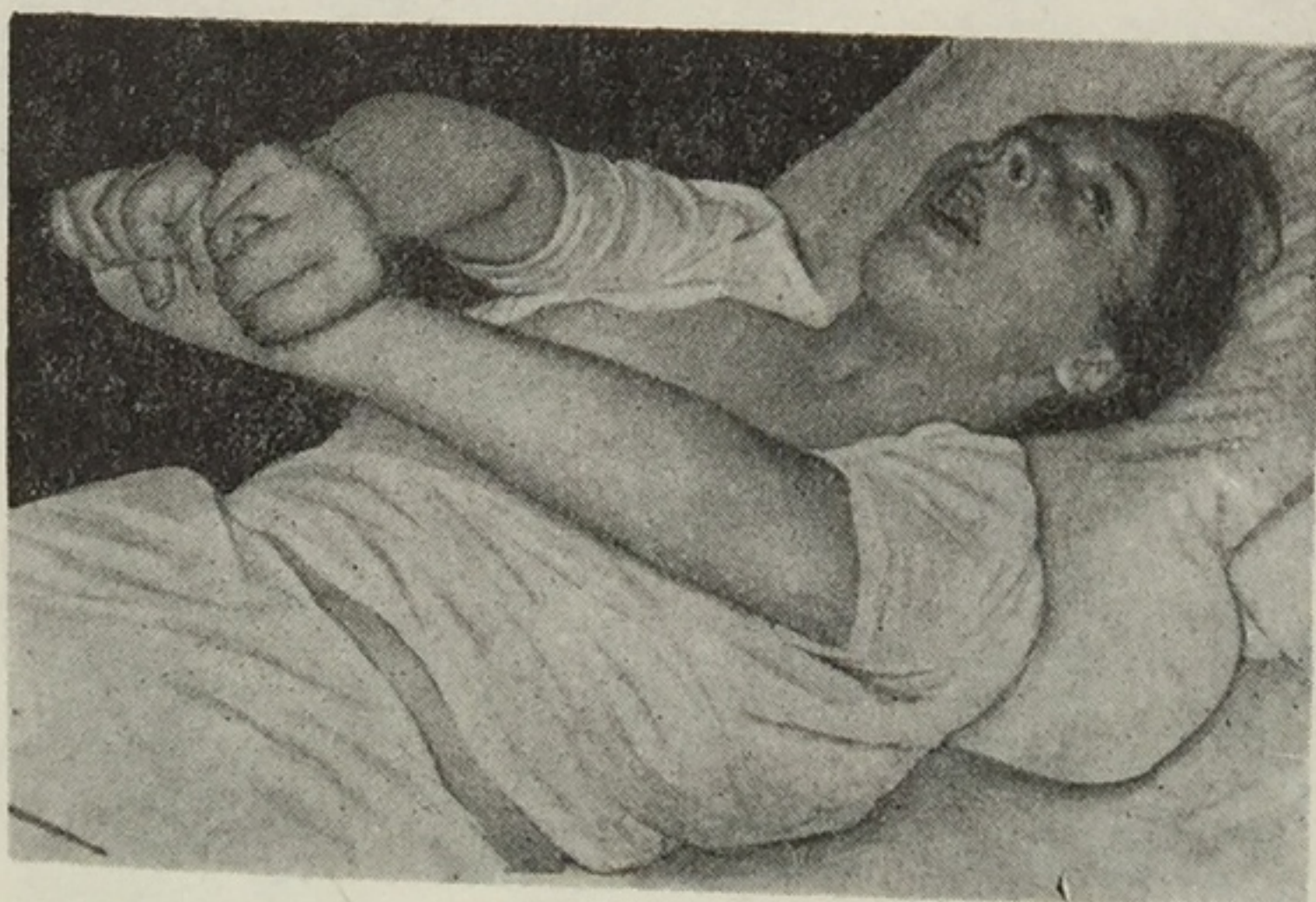


Рис. 145. То же.



Рис. 146. Угасание клонических судорог с переходом в коматозное состояние.



Рис. 147. То же.

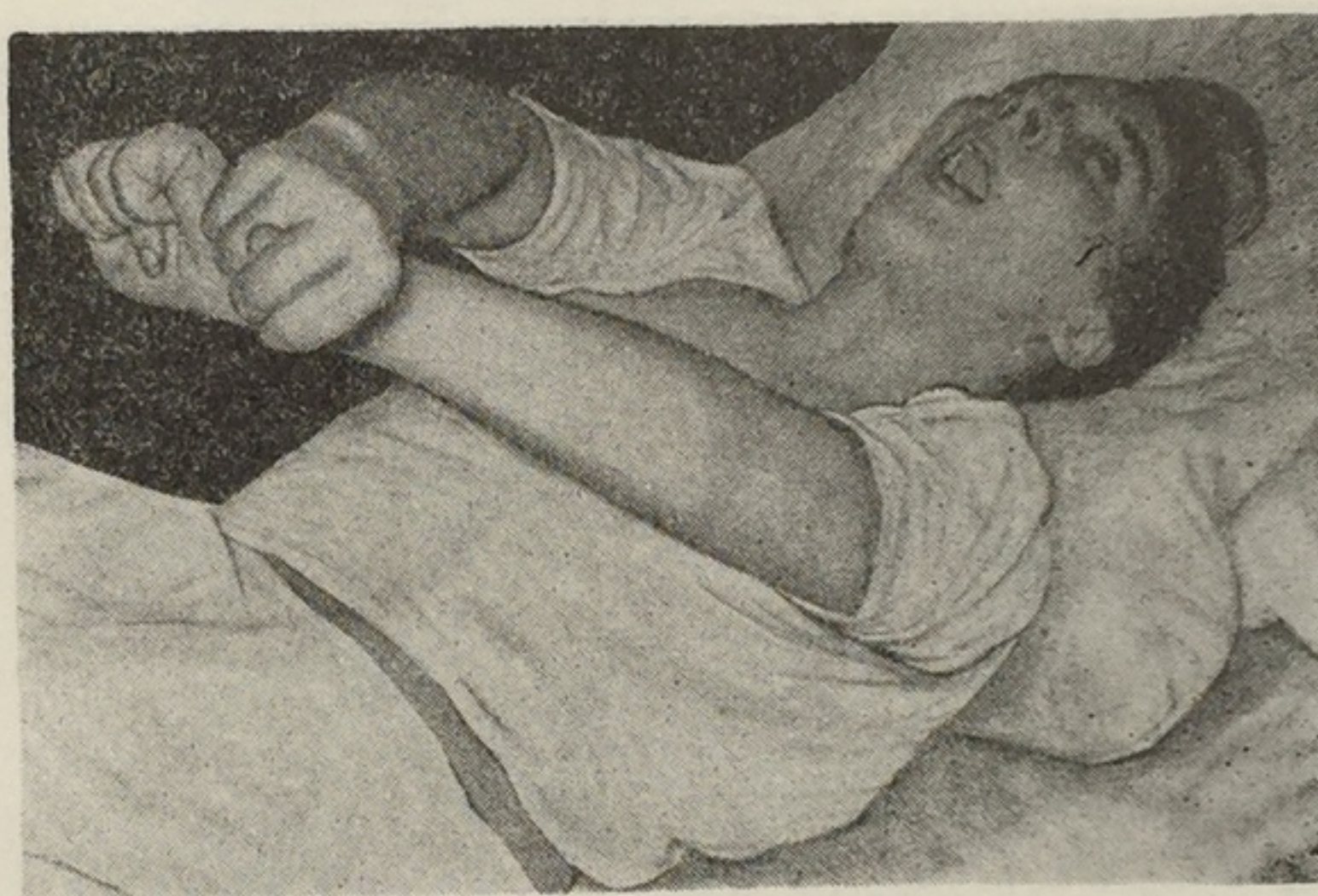
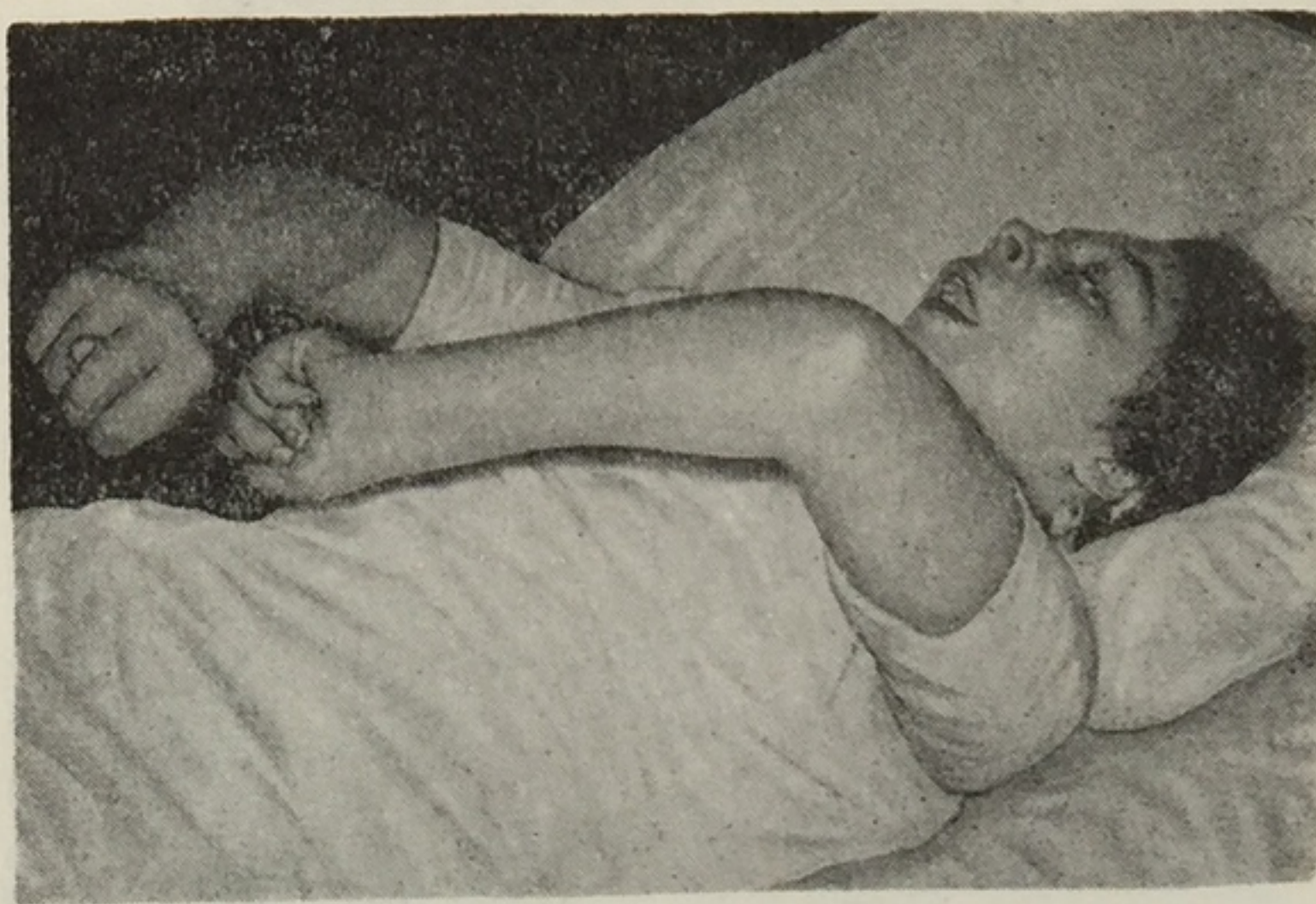


Рис. 148. То же.





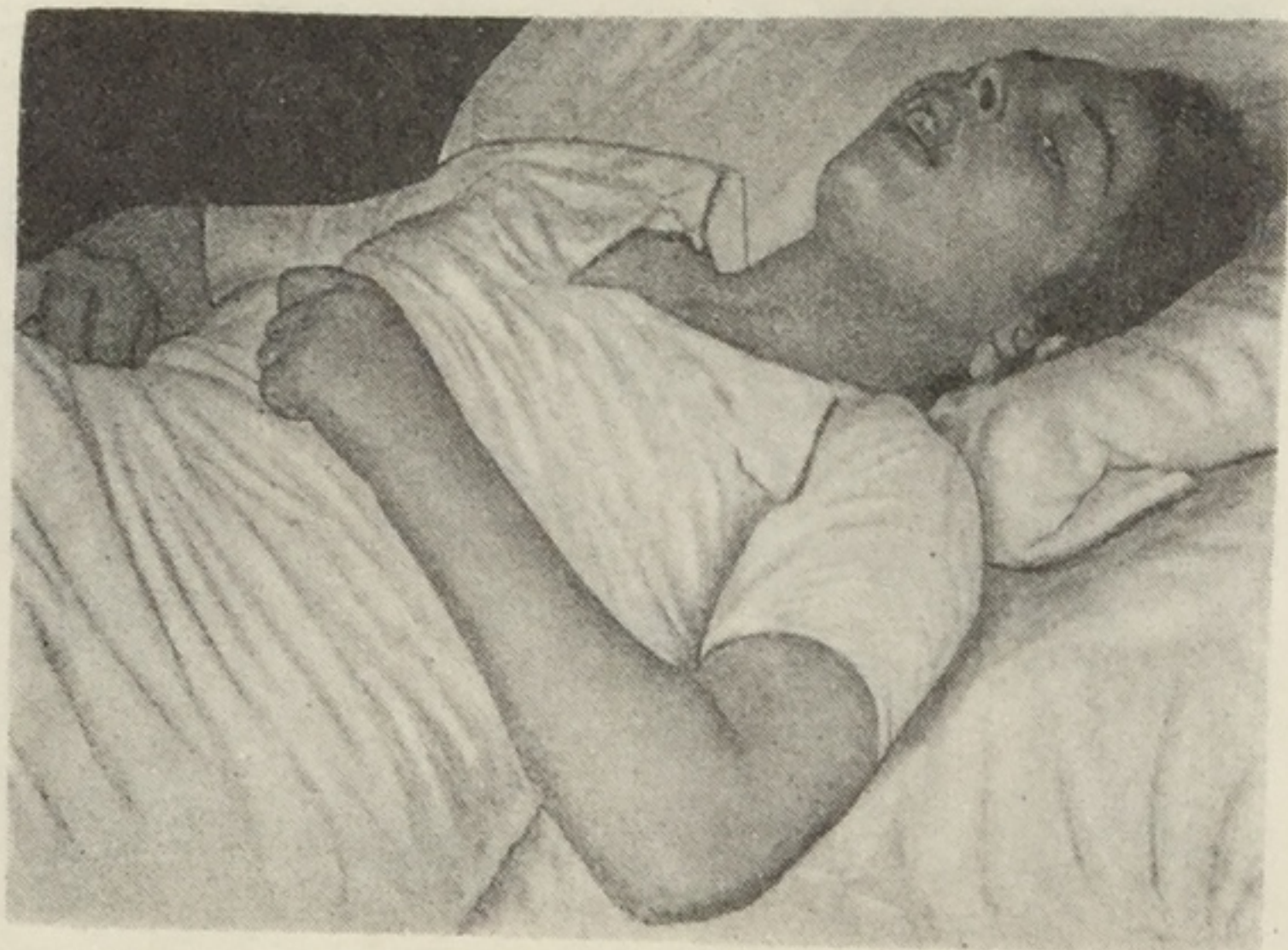


Рис. 149. Переход в коматозное, сопорозное состояние.



Рис. 150. То же.

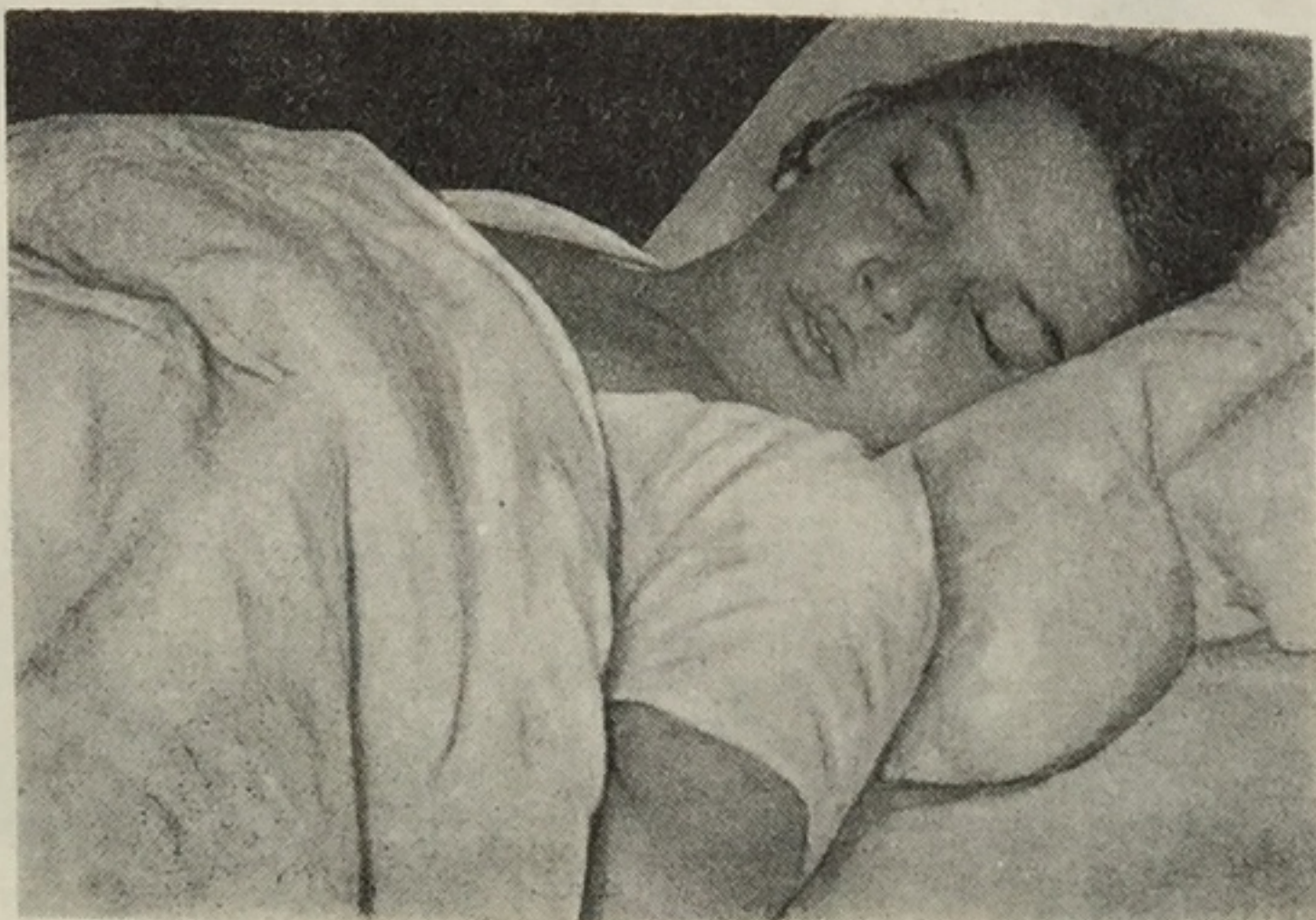


Рис. 151. Послеприпадочный сон.



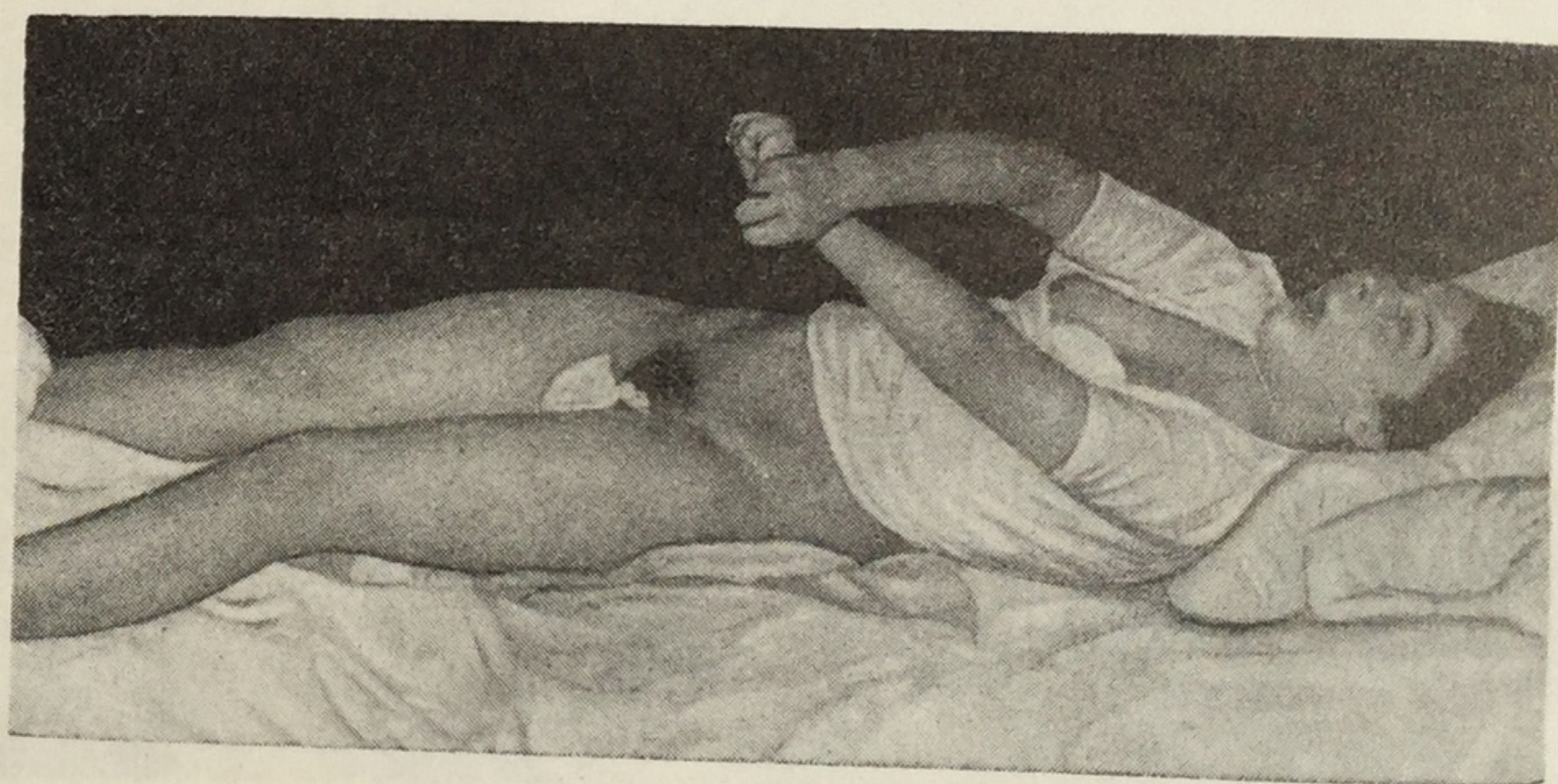
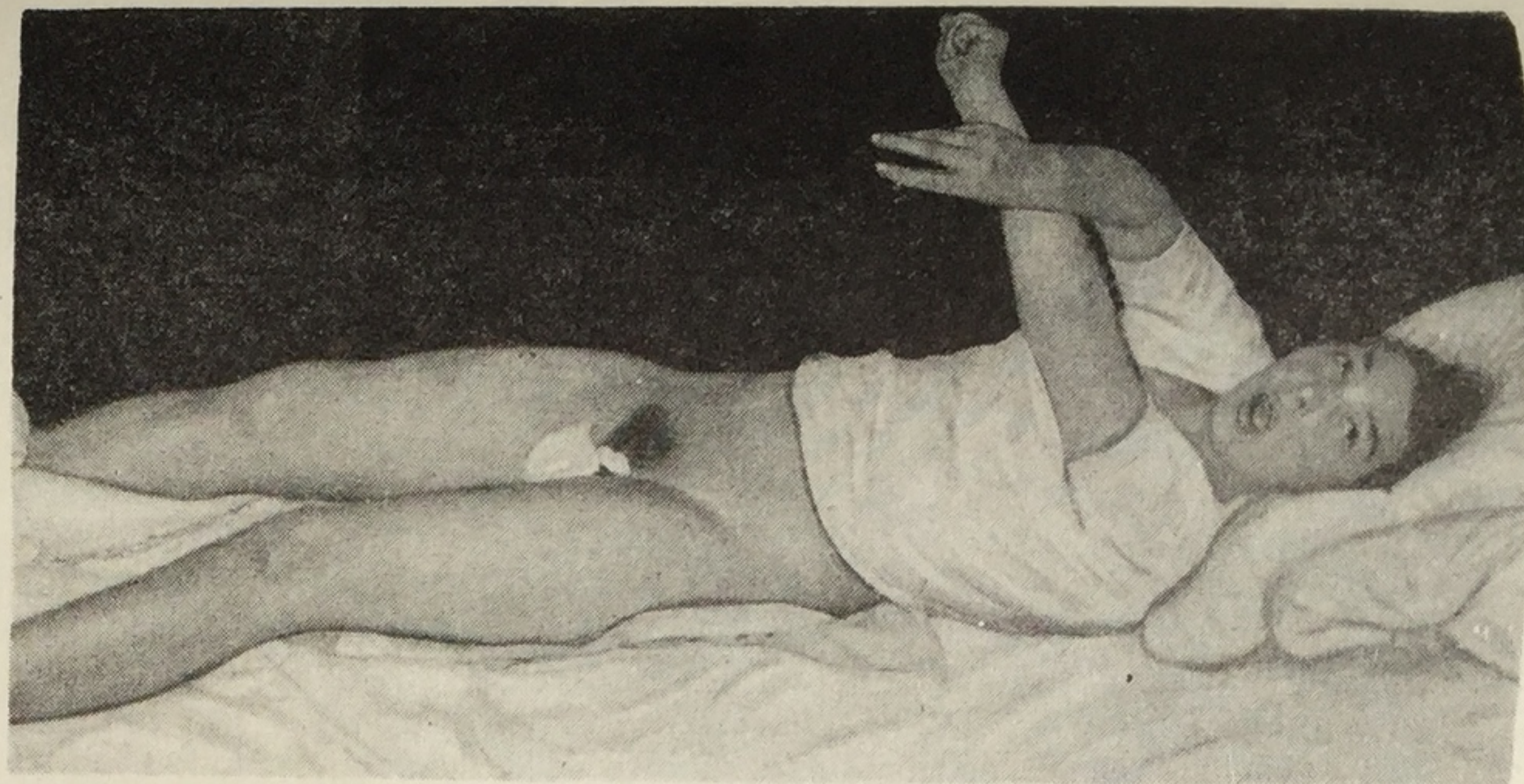
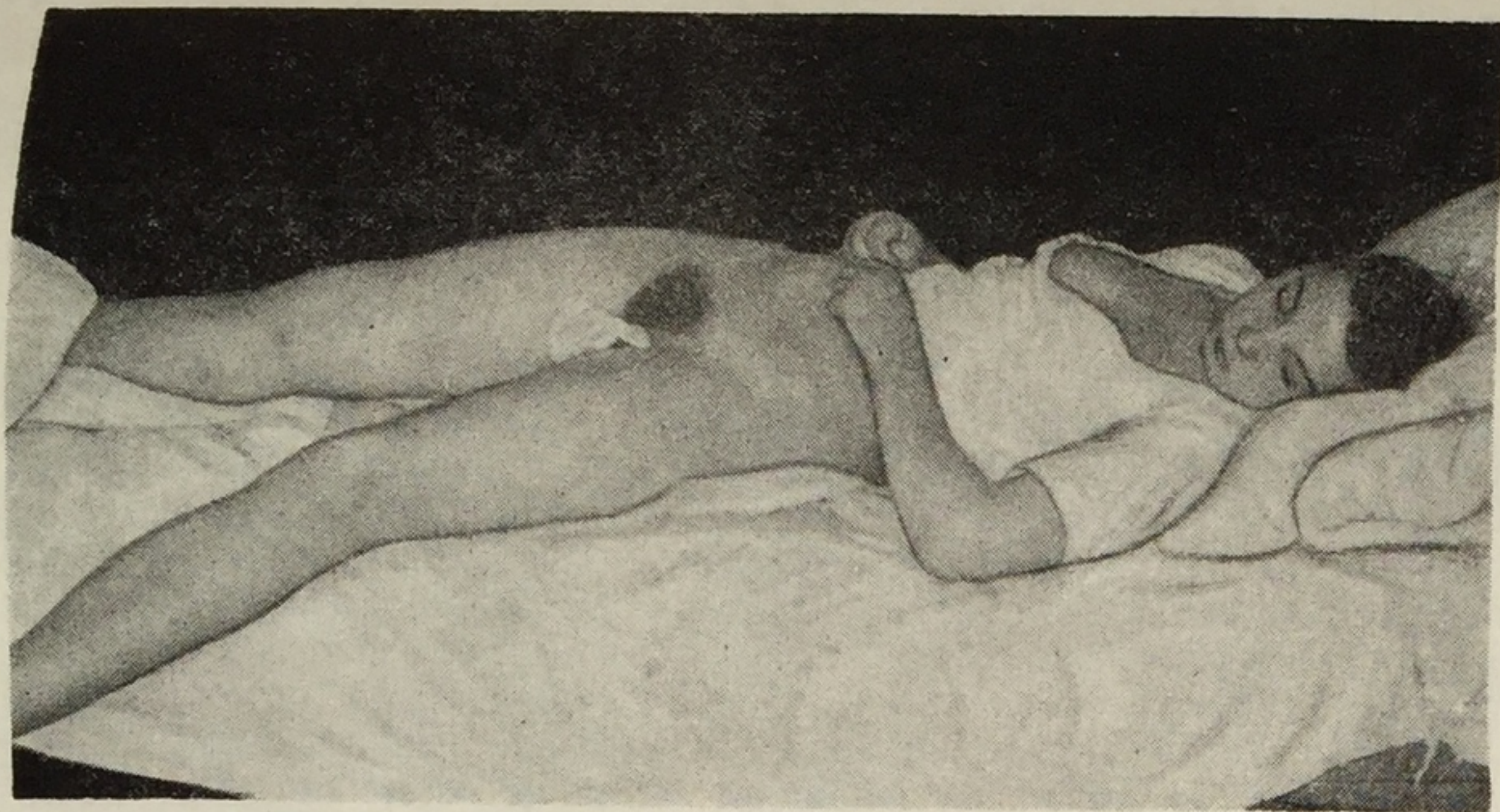


Рис. 152—155. Большой эпилептический припадок у той же больной. Вата заложена для собирания мочи.



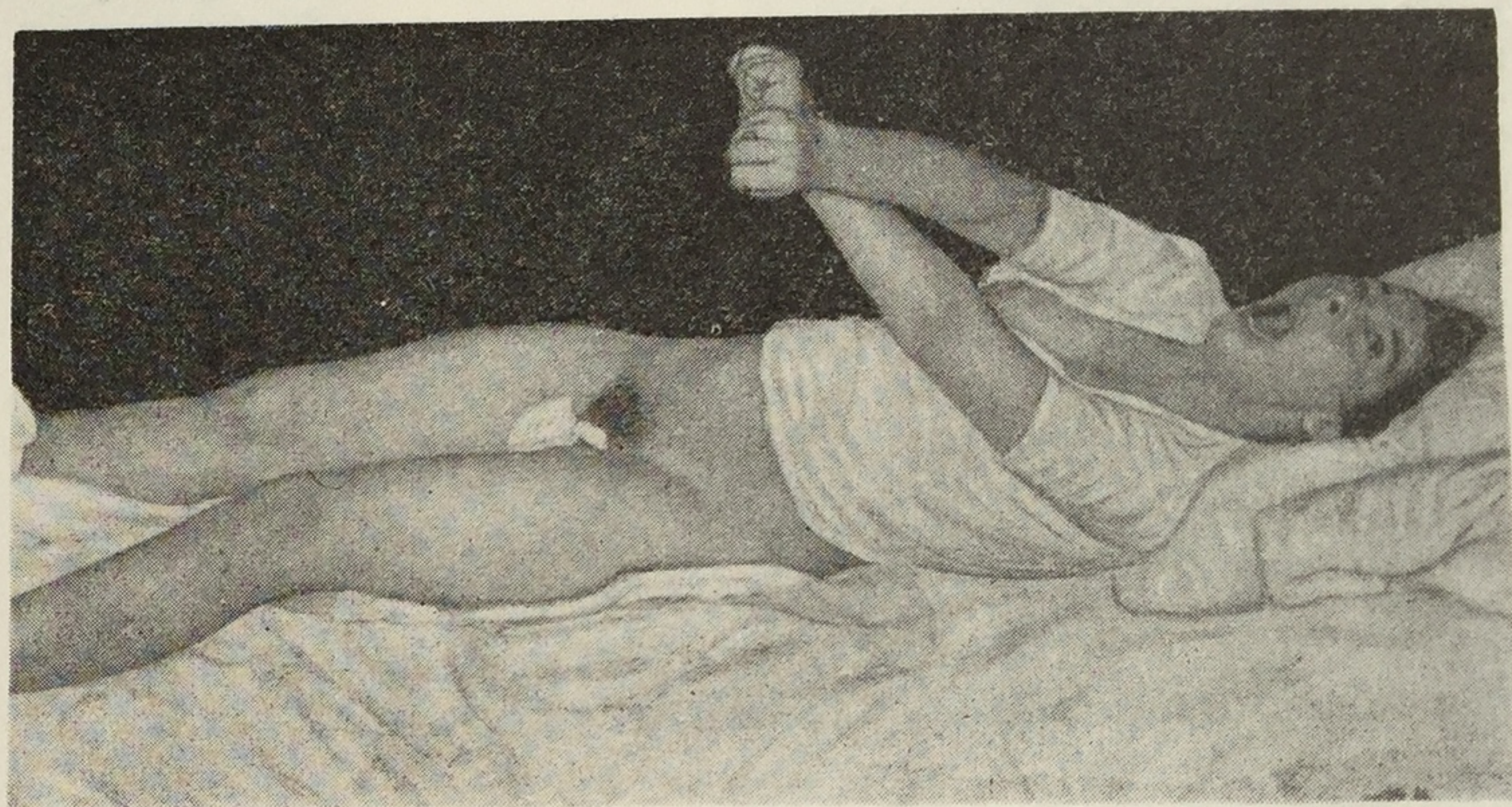
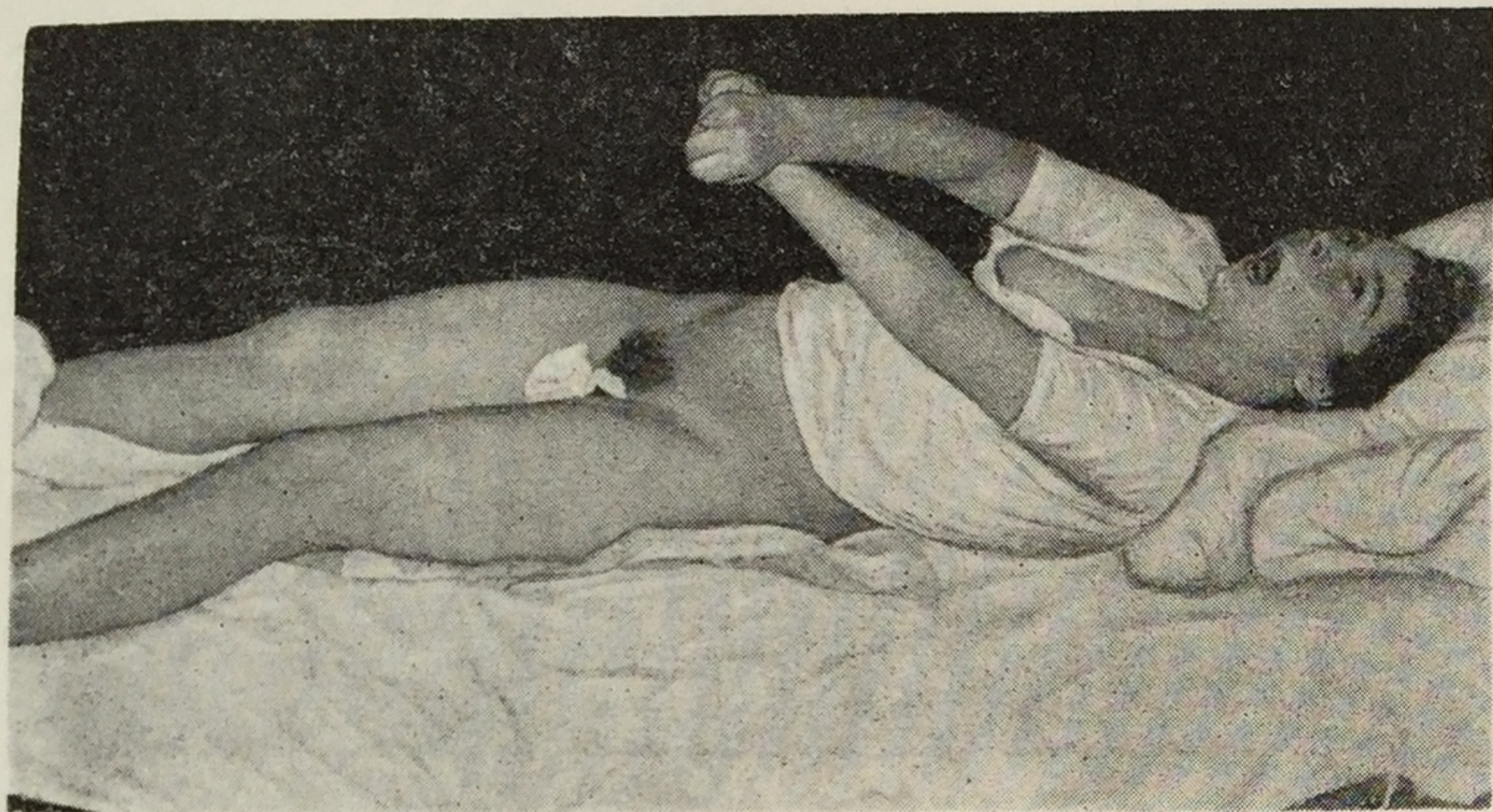


Рис. 156—157. Большой эпилептический припадок у той же больной. Вата заложена для собирания мочи.

Больная Б., 14 лет. Эпилепсия. (Рис. 137—157). Заболела в возрасте 13 лет без видимой причины. Появились, чаще ночью, большие судорожные припадки с потерей сознания, прикусом языка, упусканием мочи. Частота припадков — 1 раз в месяц, затем припадки участились, стали ежедневными, присоединились сумеречные расстройства сознания типа амбулаторного автоматизма. После двухмесячного лечения в больнице судорожных припадков и эквивалентов не было в течение года. За 3 дня до последнего поступления в больницу припадки возобновились, следовали один за другим после того, как больная выпила водки на вечеринке. В больницу была доставлена в эпилептическом состоянии. В промежутке между припадками отмечаются изолированные мышечные подергивания, обнаруживаемые прикосновением к коже. Во время фотосъемки

— эпилептическое состояние, один из эпилептических припадков. Лицо гиперемировано, тело покрыто потом, дыхание частое, хриплое, тахикардия, пульс 130 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Реакция зрачков на свет отсутствует, перкуторные рефлексы не вызываются, температура тела  $37,5^{\circ}$ , артериальное давление 105/60 рт. ст. на обеих руках. Эпилептическое состояние прекратилось через несколько часов после проведения следующих мероприятий: очистительная клизма (стул был обильным), спинномозговая пункция с выпусканьем 15 куб. см. ликвора, хлоралгидрат 4% — 24 куб. см в клизме, уротропин 40% — 8 куб. см внутривенно, кордиамин — 1 куб. см внутримышечно, раствор магний-сульфата 25% — 5 куб. см. внутримышечно, пенициллин по 100 тыс. ед. через каждые 4 часа внутримышечно.



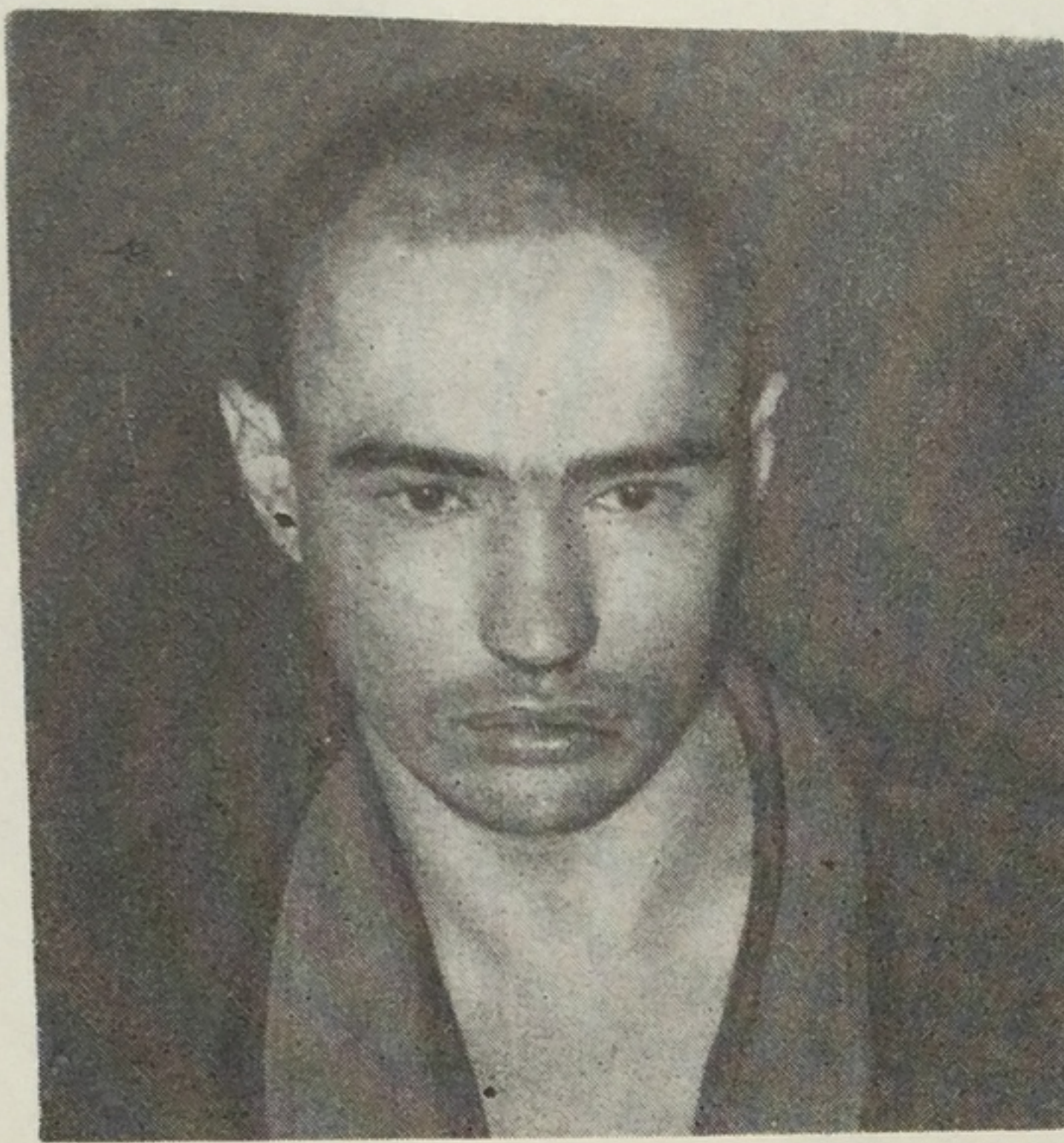


Рис. 158. Больной О. Эпилепсия.

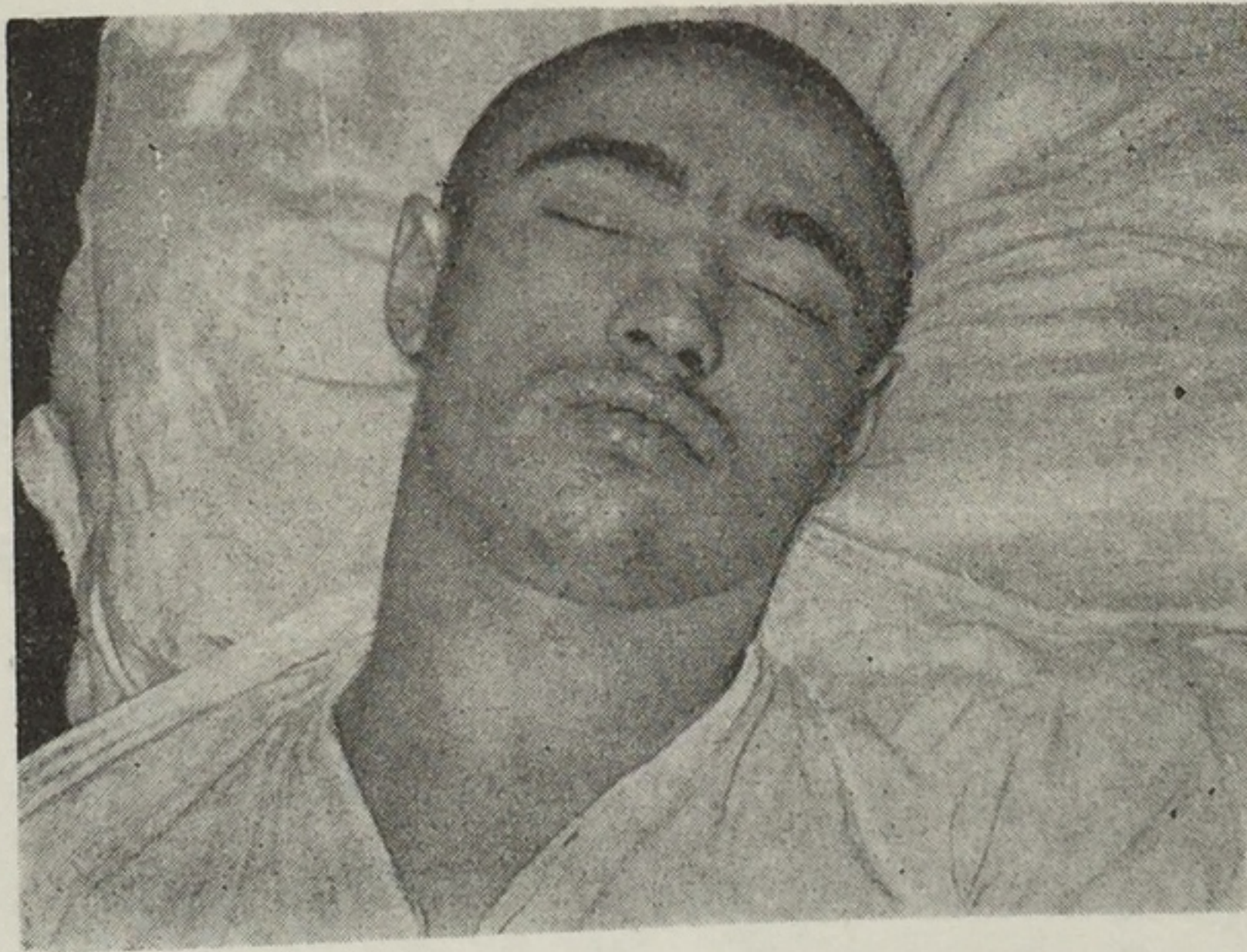


Рис. 159. Послеприпадочная кома.

Больной О., 24 лет (Рис. 158—159). В возрасте 11 лет у больного появились большие судорожные припадки, сопровождавшиеся потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. С 1947 г. многократно помещался в психиатрические стационары. После выписки состояние быстро ухудшалось, кроме судорожных припадков появлялись сумеречные расстройства сознания, во время которых совершал агрессивные действия. В настоящее время судорожные припадки от 1 до 10 в сутки, чаще ночью, иногда с последующими сумеречными расстройствами сознания и дисфориями. Назойлив. Огневая Слабоумен, речь крайне скудна, олигофазична. Движения замедленны. Двигательная раздражительность со склонностью к агрессивным действиям.

Во время фотосъемки — коматозное состояние после большого судорожного, ночного припадка.

Сомато-неврологическое состояние без грубых патологических отклонений.



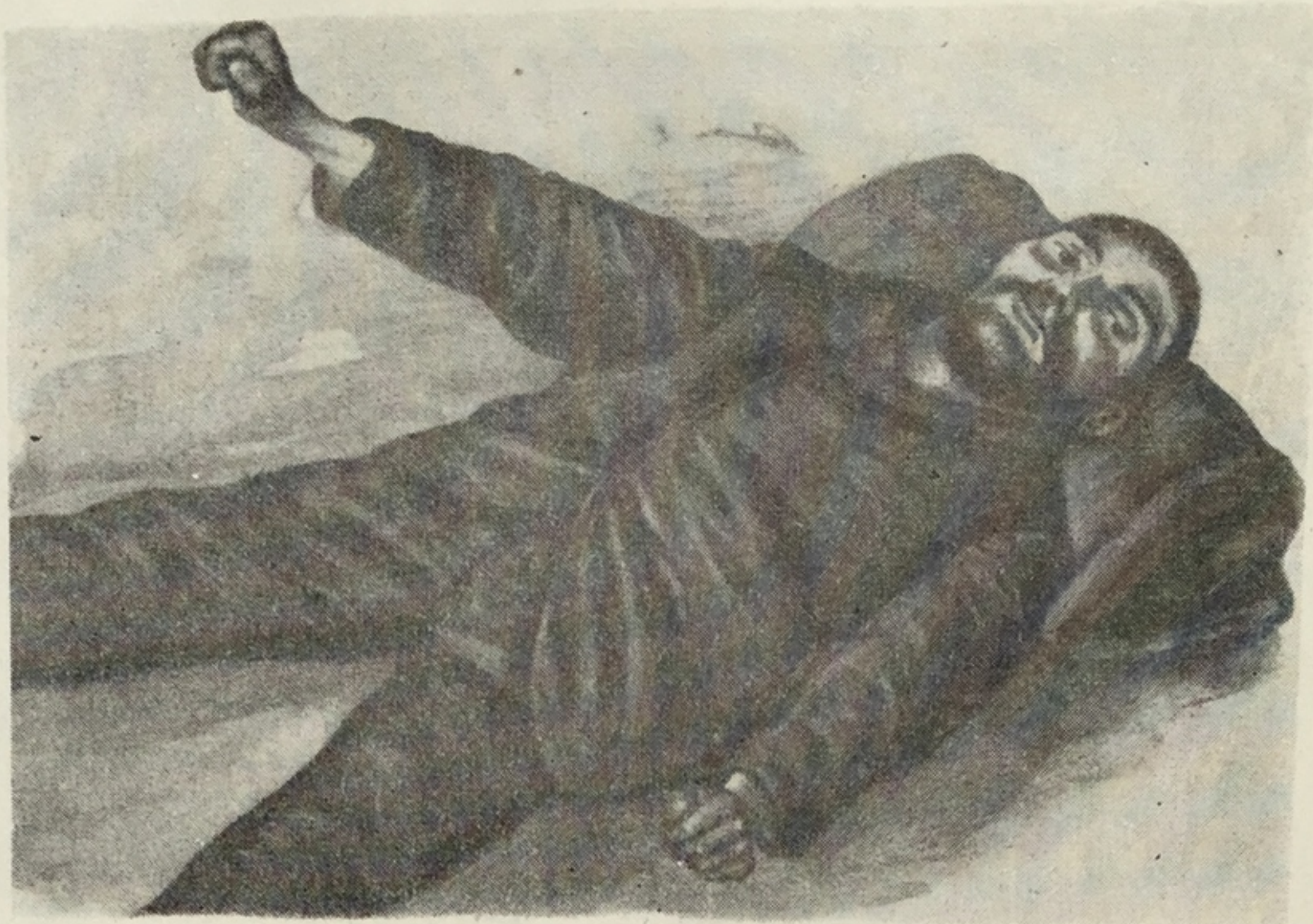


Рис. 160. Эпилептический припадок. Тоническое сокращение мышц рук, пена изо рта. Вейгандт (W. Weygandt). Атлас психиатрии, 1902.

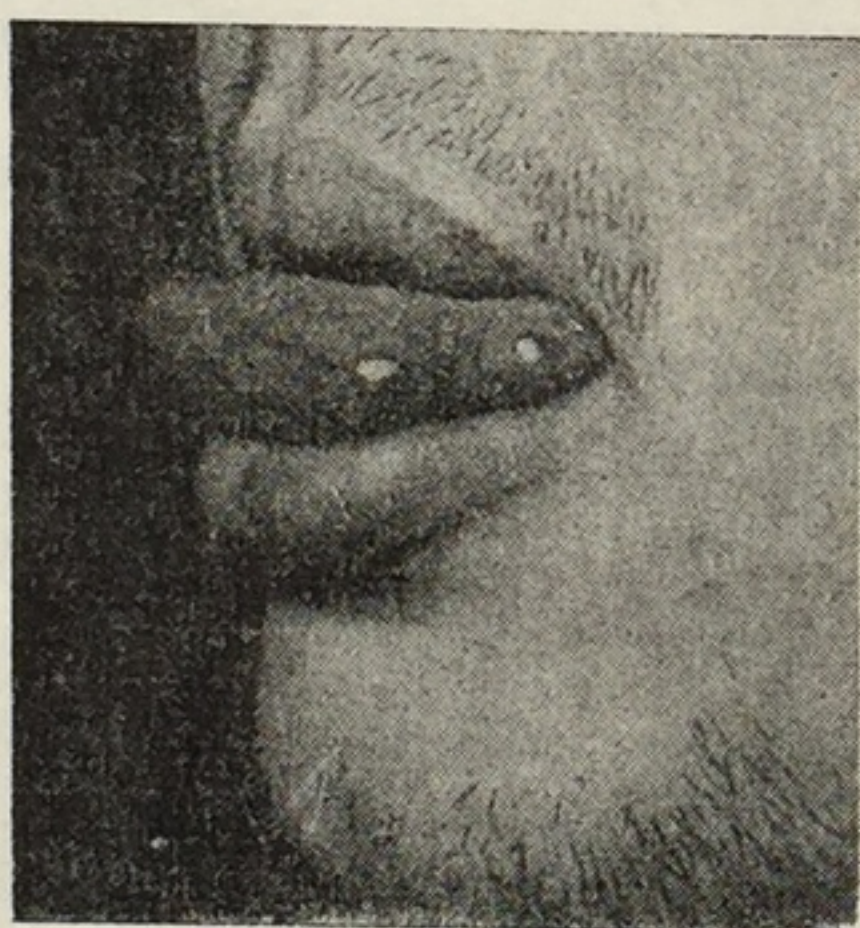


Рис. 161. Прикус языка во время эпилептического припадка.

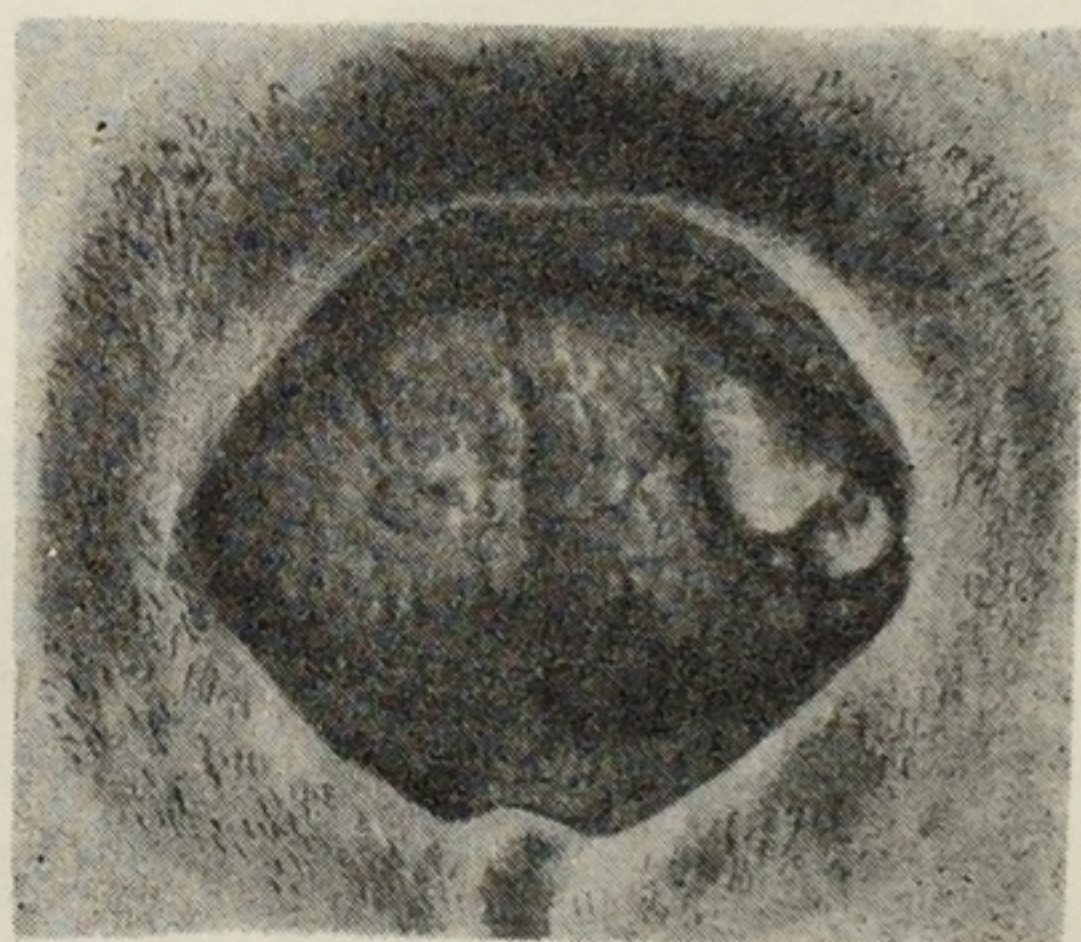


Рис. 162. Следы старого прикуса языка. Вейгандт В. (W. Weygandt). Атлас психиатрии, 1902.

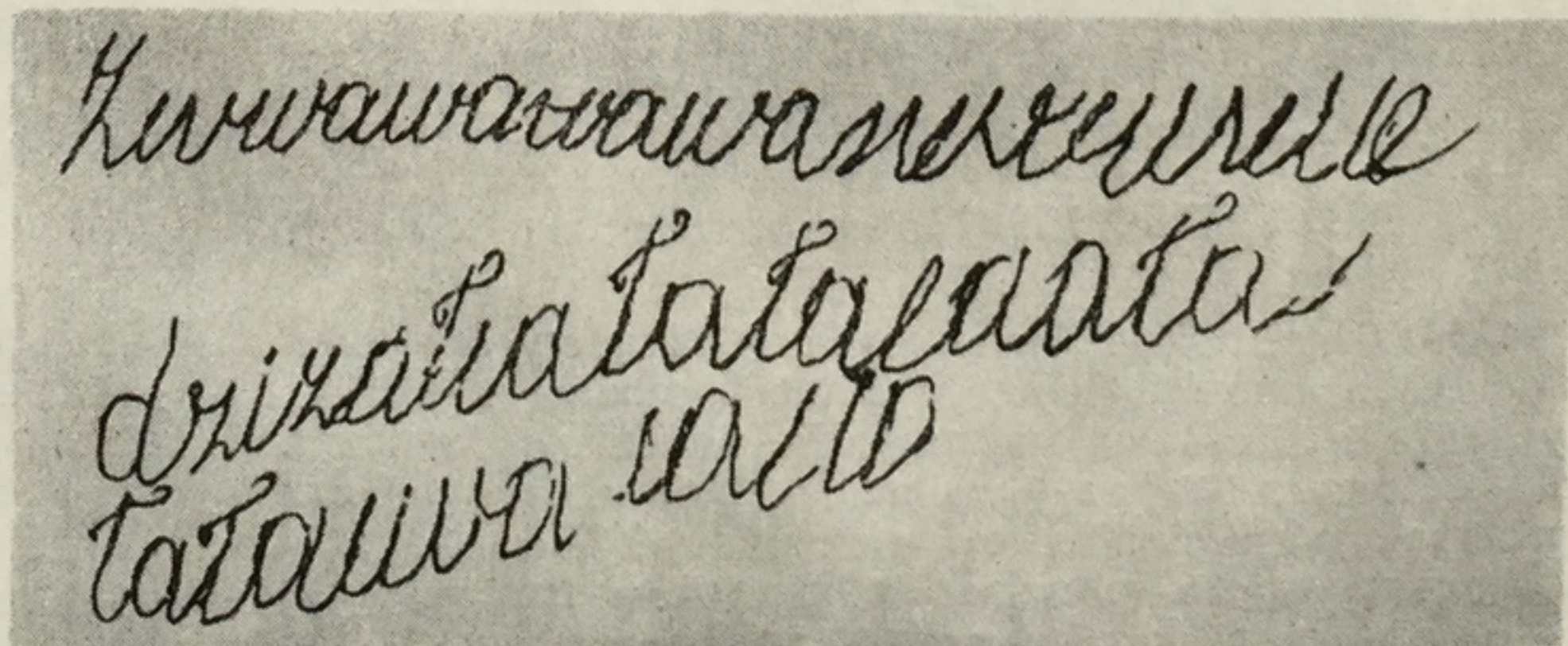


Рис. 163. Письмо эпилептика через несколько минут после припадка. Явление персеверации с расстройством внимания. В Хлопицкий, Я. Ольбрихт (Wladyslaw Ch'opicki, Jan Olb-richt). Отображение в письме психических расстройств. Варшава, 1959.



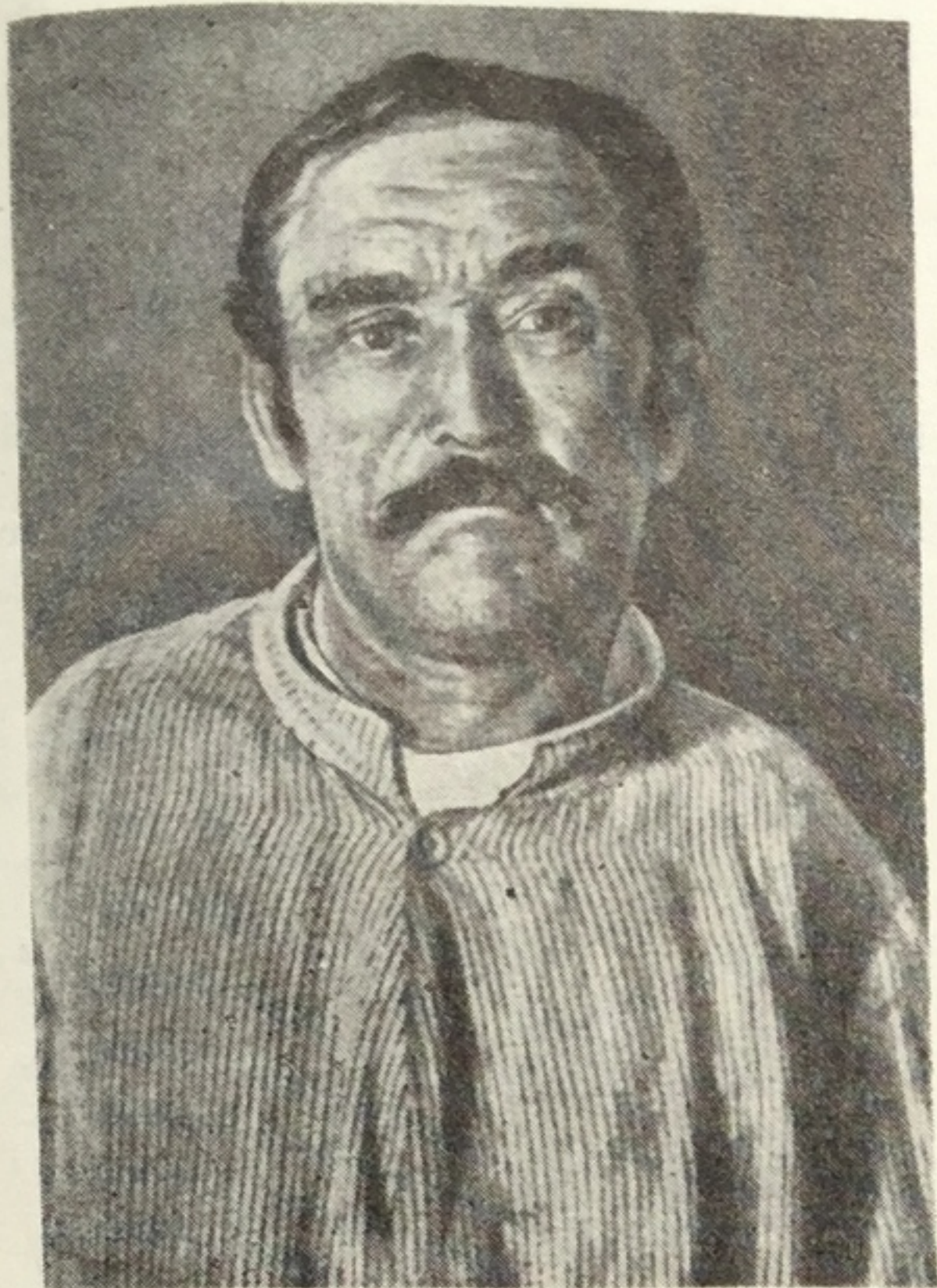


Рис. 164. Эпилепсия. Г. Зоммер (H. Sommer). Диагностика психических заболеваний, 1901.

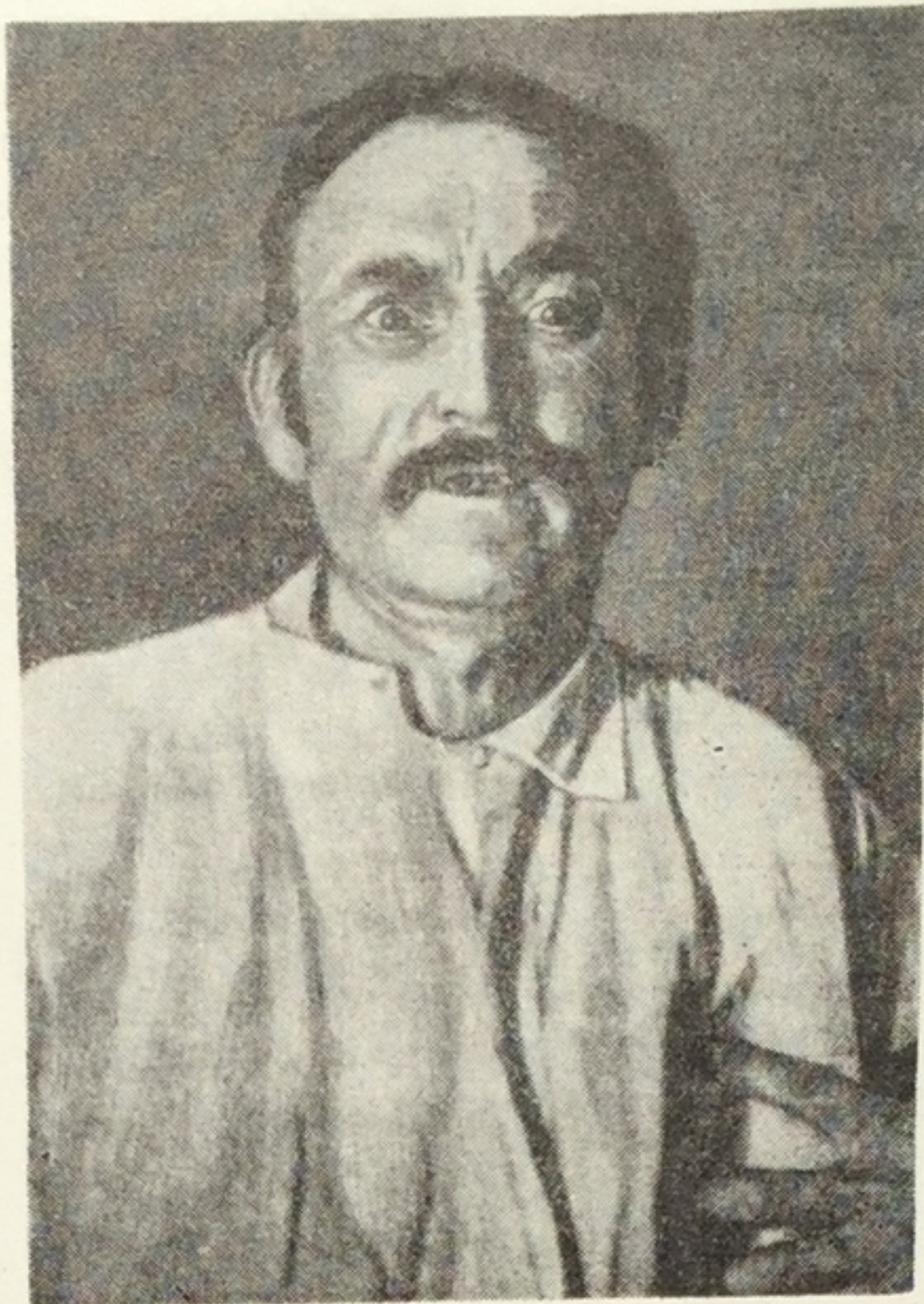


Рис. 165. Тот же больной в эпилептическом сумеречном состоянии с гневливым возбуждением. Г. Зоммер (H. Sommer). Диагностика психических заболеваний, 1901.

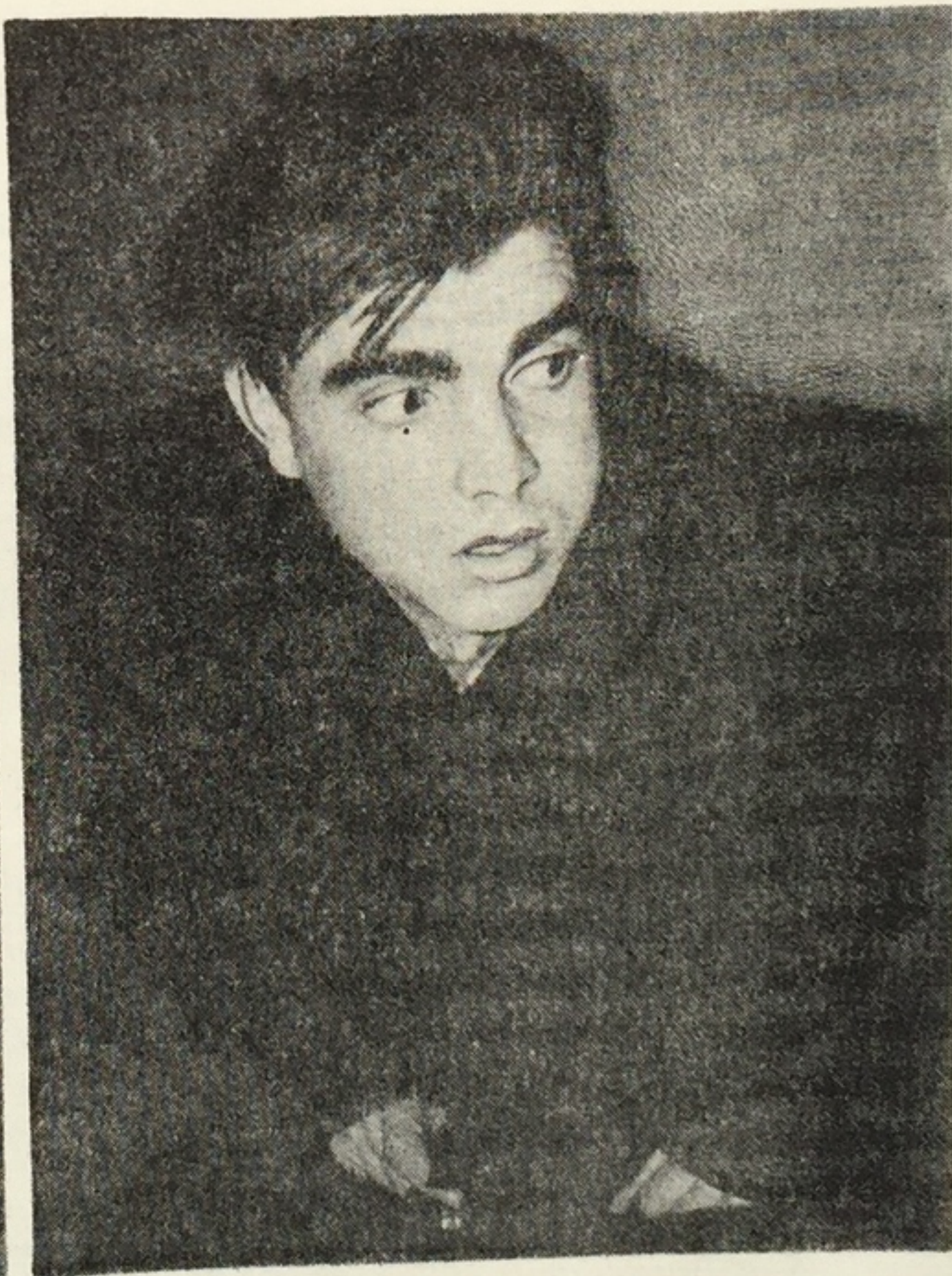
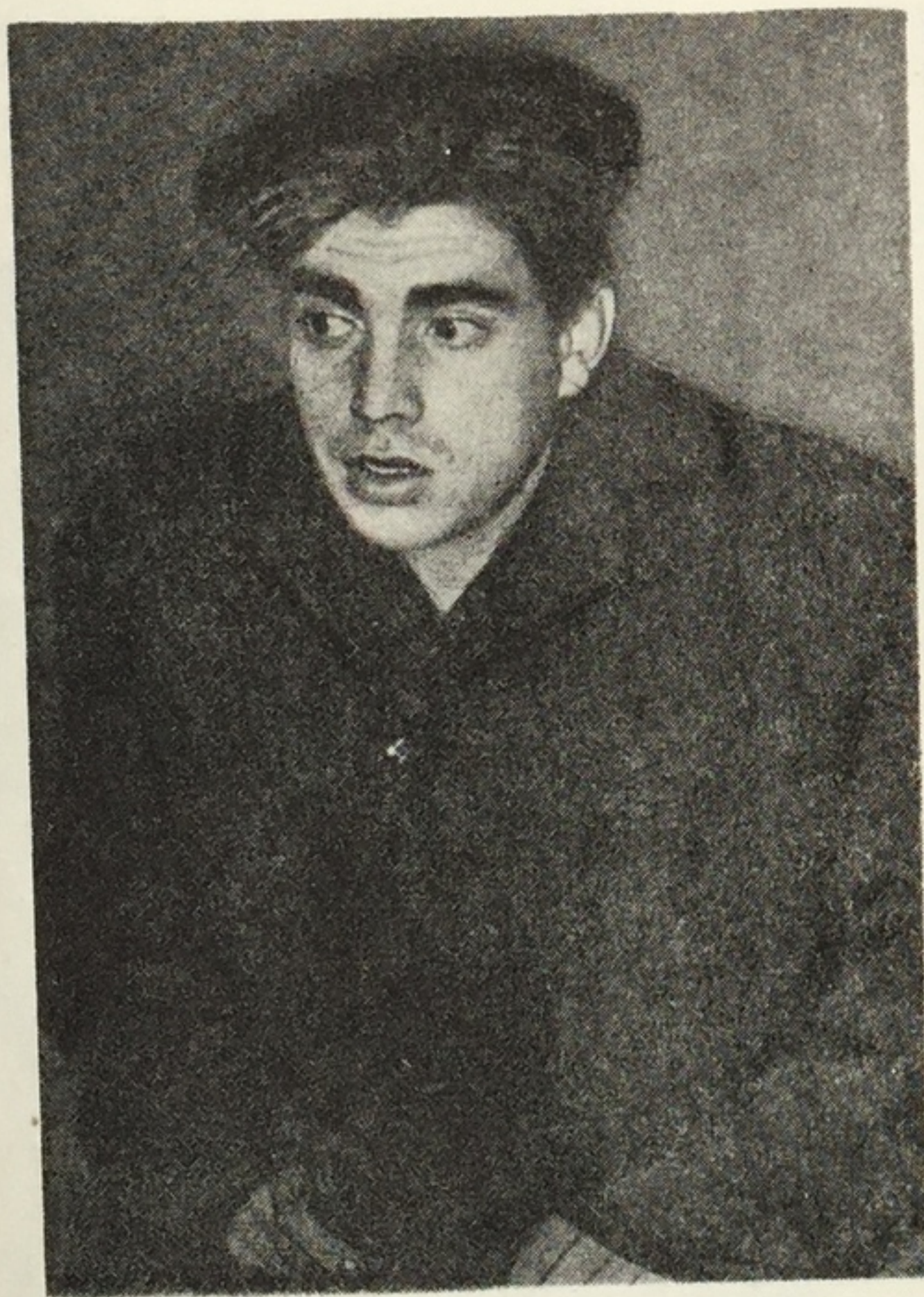


Рис. 166—167. Больной Л., 19 лет. Эпилепсия. Сумеречное состояние. Снято при поступлении больного в приемном покое больницы.

Несколько лет страдает большими судорожными припадками с потерей сознания. Во время сумеречных расстройств сознания агрессивен. При осмотре больного в приемном покое больницы органических неврологических симптомов не отмечено.



Рис. 168. Больной К., 19 лет. Эпилепсия. Сумеречное состояние. До 7 лет страдал ночным недержанием мочи. В 16 и 18 лет при падениях с высоты получил ушибы головы, терял сознание на несколько минут. Спустя 2 или 3 недели после последней травмы возникли большие судорожные тонико-клонические припадки, начинавшиеся внезапной потерей сознания, падением. После припадка — полная амнезия, послеприпадочная олигофазия, сон. Судорожные припадки повторялись один раз в месяц, перед помещением в больницу участились до трех в сутки. В больнице вслед за судорожным припадком часто развивались сумеречные расстройства сознания. Во время фотосъемки находится в сумеречном состоянии сознания. При рентгенографическом исследовании черепа изменений не обнаружено. Внутренние органы — без особенностей. Органических неврологических симптомов не определяется.

Рис. 169. Больной К., 35 лет. Эпилепсия. Эпилептическое слабоумие с частыми дисфориями.

С шестилетнего возраста страдает судорожными припадками (начавшимися после «испуга»), протекающими с потерей сознания, прикусом языка, пеной у рта. Лечился во многих психиатрических больницах. Ранее припадки были часты — по несколько в день. В последние месяцы, в результате лечения, судорожные припадки — 2—3 в неделю. Часты состояния дисфории.

Во время фотосъемки речевой темп резко замедлен, выраженная олигофазия, крайне обстоятелен и вязок в процессе беседы. Речь сопровождается жестикულიцией, опережающей речь. При исследовании физического состояния выявляется: приглушение сердечных тонов, гипертрофия левого желудочка сердца, на голове — рубцы от повреждений в результате падения во время эпилептических припадков. Лабораторные данные (анализы мочи и крови, рентгенологические исследования, реакция Вассермана) без особенностей.

Рис. 170. Больной Н. Эпилепсия. Экстатическое состояние.

Больному 26 лет. Болен эпилепсией с 12 лет. Заболевание началось после ушиба головы. В больнице находится в течение последних пяти лет. Большие судорожные эпилептические припадки — 2—3 раза в месяц, иногда сериями — по 5—6 в день. Бывают сумеречные состояния сознания, дисфории. Часто впадает в состояние экстаза, что и фиксировалось во время фотосъемки. Слабоумен — память снижена, застревают на одних и тех же представлениях, не способен к самостоятельному переключению. Олигофазия. Легко раздражается по незначительным причинам.

Физическое состояние, включая лабораторные исследования (мочи, крови, рентгенологическое исследование, реакция Вассермана в крови), без особенностей.

Рис. 171. Больной Г., 46 лет. Травматическая эпилепсия. Дисфория.

Инвалид Великой Отечественной войны. Периодически поступает для лечения с жалобами на головные боли, общую разбитость, раздражительность, плохой сон, судорожные припадки с потерей сознания. Во время войны был ранен в руку, грудную клетку, контужен воздушной волной с потерей сознания и последующим сурдомутизмом. Через год появились судорожные припадки с потерей сознания. В последние годы припадки стали редкими, чаще бывают дисфорические состояния, во время которых злоупотребляет алкоголем. Во время фотосъемки в приемном покое при поступлении в больницу находится в состоянии дисфории. Жалуется на головную боль, головокружение, бессонницу, резкую раздражительность.

Сомато-неврологическое состояние: старые множественные рубцы на правом плече, правой половине грудной клетки, возле правой ушной раковины. Правое плечо деформировано. Татуирован. Отмечается глухость сердечных тонов, акцент 2-го тона на аорте. Арт. давл. 120/90. Органических неврологических симптомов не отмечено. Лабораторные данные (анализы мочи, крови, реакция Вассермана, рентгенологическое исследование черепа и грудной клетки) без отклонений.



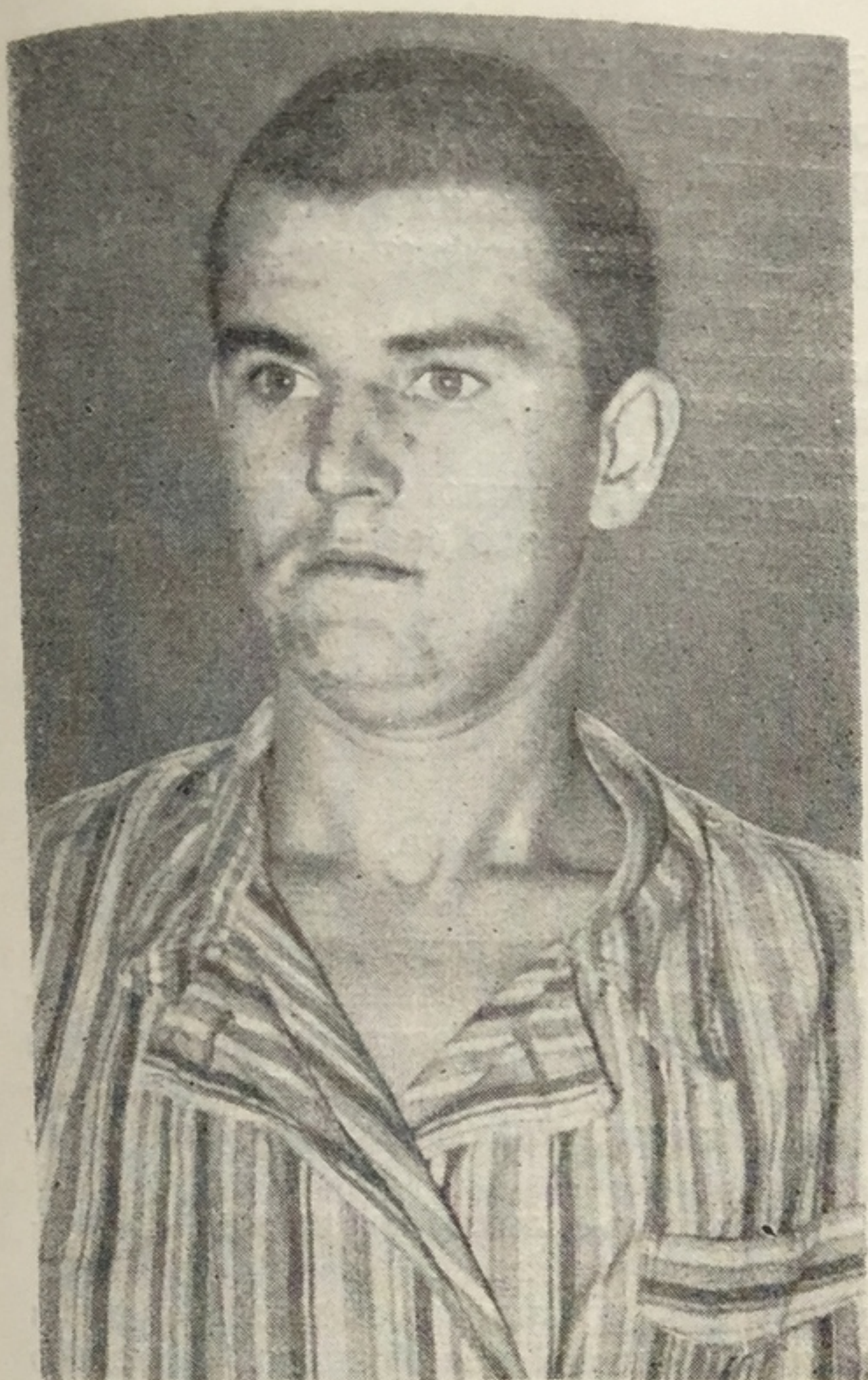


Рис. 168.



Рис. 169.



Рис. 170.



Рис. 171.



Рис. 172. Больной Т., 24 лет. Эпилепсия. Дисфория.  
 Заболел в возрасте 12 лет через несколько лет после ушиба головы (сознания не терял). Появились большие судорожные эпилептические припадки. В начале заболевания судорожные припадки были редкими, ночными, затем участились до нескольких припадков в сутки; появились эпизодические психотические состояния — изредка сумеречные расстройства сознания, часто — дисфории.

Многократно лечился в психиатрической больнице.  
 Во время фотосъемки — слабоумен, олигофазичен, речевой темп резко замедлен. Находится в состоянии дисфории.

Со стороны сомато-неврологического состояния существенных отклонений не отмечается (включая лабораторные исследования мочи, крови, вассермановскую реакцию, рентгенологическое исследование).

Рис. 173. Больной К., 22 лет. Эпилепсия. Слабоумие.  
 В десятилетнем возрасте (после «испуга») появились большие судорожные припадки с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Вначале припадки были по утрам — 1—2 раза в месяц, затем участились, протекали «сериями», иногда наблюдались дисфорические состояния, сумеречные расстройства сознания (чаще после судорожных припадков), с последующими отрывочными бредовыми высказываниями и галлюцинациями: «цыпленок в животе», «кишки вынули», «писатели по радио читают о нем стихи» и т. д.

Во время фотосъемки: олигофазичен, двигательные акты замедлены, мышление тугоподвижное, память резко ослаблена. Речь гнусавая.

Физическое состояние: отсутствует правый верхний резец (результат падения во время судорожного припадка). Систолический шум на верхушке сердца. Правый зрачок несколько больше левого. Сглаженность правой носогубной складки. Лабораторные данные, включая анализы мочи, крови, рентгенологическое исследование внутренних органов и черепа, реакцию Вассермана, без особенностей.

Рис. 174. Больная К., 30 лет. Эпилепсия. Слабоумие.  
 Заболела в 10-летнем возрасте после «испуга». В начале болезни — большие судорожные припадки, протекавшие с расстройством сознания, внезапным падением, ушибами, были часты — 6—7 в сутки. Затем припадки стали более редкими. В больницу поступила через 6 лет после начала заболевания, с тех пор непрерывно находится в больнице. Ко времени фотосъемки больная слабоумна — резкая олигофазия, вязкость, ослабление памяти. В физическом состоянии грубых патологических отклонений не отмечено.

Рис. 175. Больная Р., 19 лет. Эпилепсия. Слабоумие.  
 В возрасте одного года, после черепно-мозговой травмы — большие судорожные припадки. С течением болезни, помимо больших судорожных припадков — сумеречные расстройства сознания.  
 Во время фотосъемки больная слабоумна, олигофазия, память резко снижена. Движения неуклюжи, угловаты.  
 Большие судорожные припадки — 5—10 раз в месяц. В сомато-неврологическом состоянии обнаруживается: анизокория  $S > D$ , при конвергенции глазных яблок левое глазное яблоко отстает, язык при высовывании отклоняется вправо.

Рис. 176. Больной Т., 45 лет. Травматическая эпилепсия.  
 Болен 16 лет. Во время Великой Отечественной войны был ранен осколком снаряда в левую лобную область, терял сознание на длительное время, перенес трепанацию черепа. Страдает редкими судорожными припадками с потерей сознания. Память снижена, раздражителен. В левой лобной области пульсирующий дефект кости. Парез правого лицевого и подъязычного нервов. Коленные рефлексы —  $D \geq S$ , живые.  
 Страдает почечнокаменной болезнью. В моче следы белка, 60—80 малоизмененных эритроцитов в препарате. Реакция Вассермана отрицательная. РОЭ — 31 мм в 1 час. Лейкоцитоз — 6000. Формула крови без особенностей.



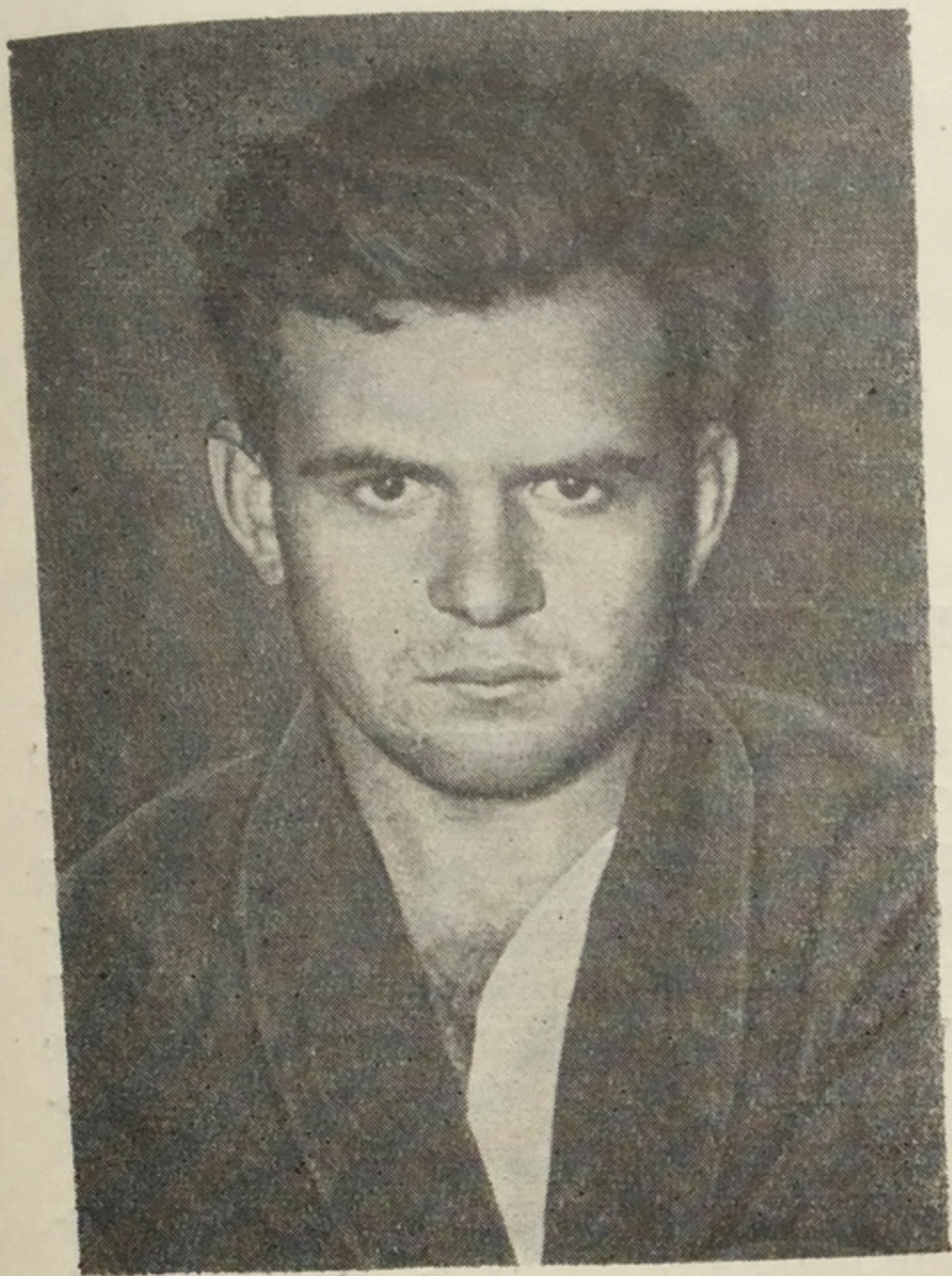


Рис. 172

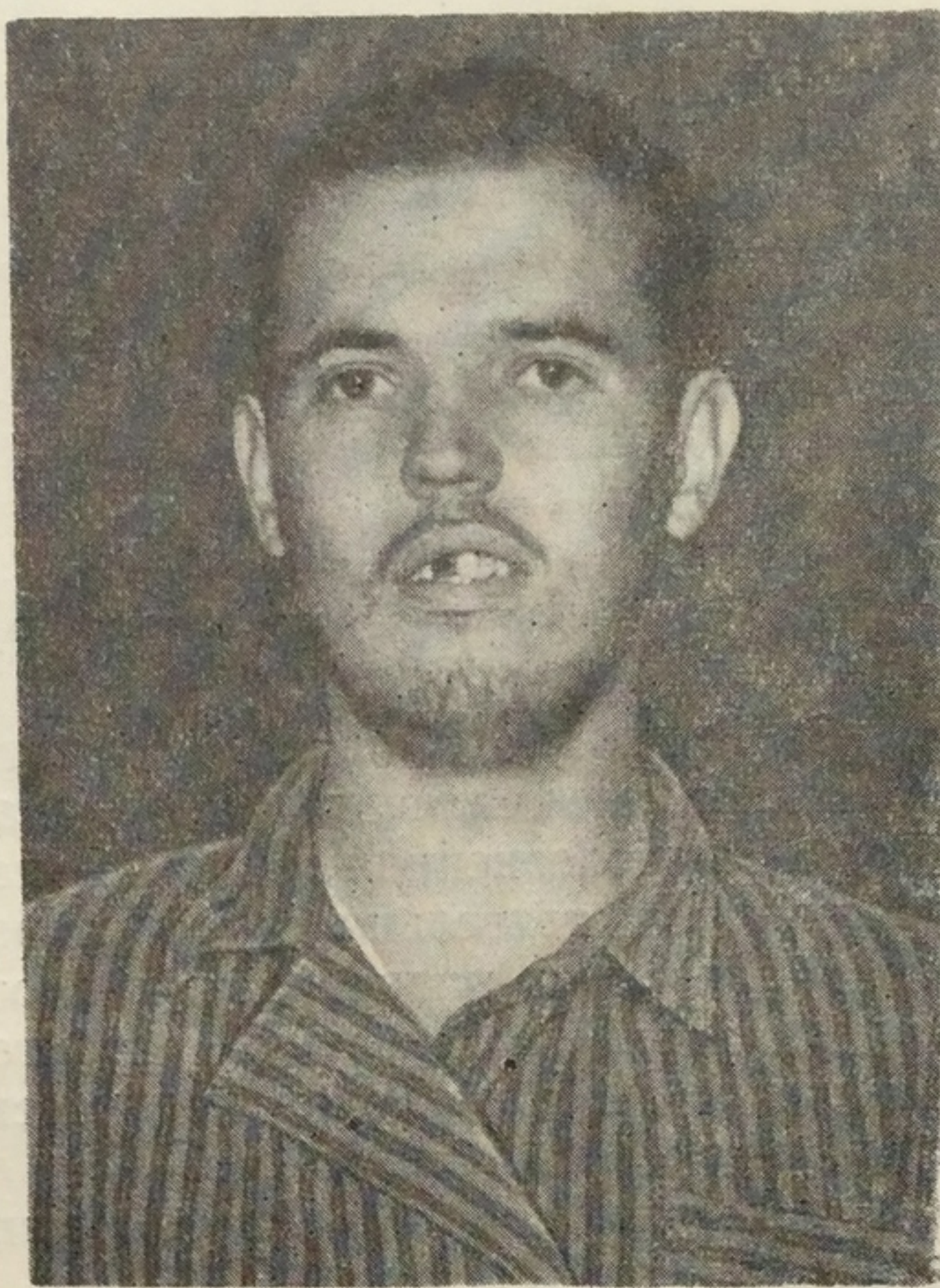


Рис. 173



Рис. 174

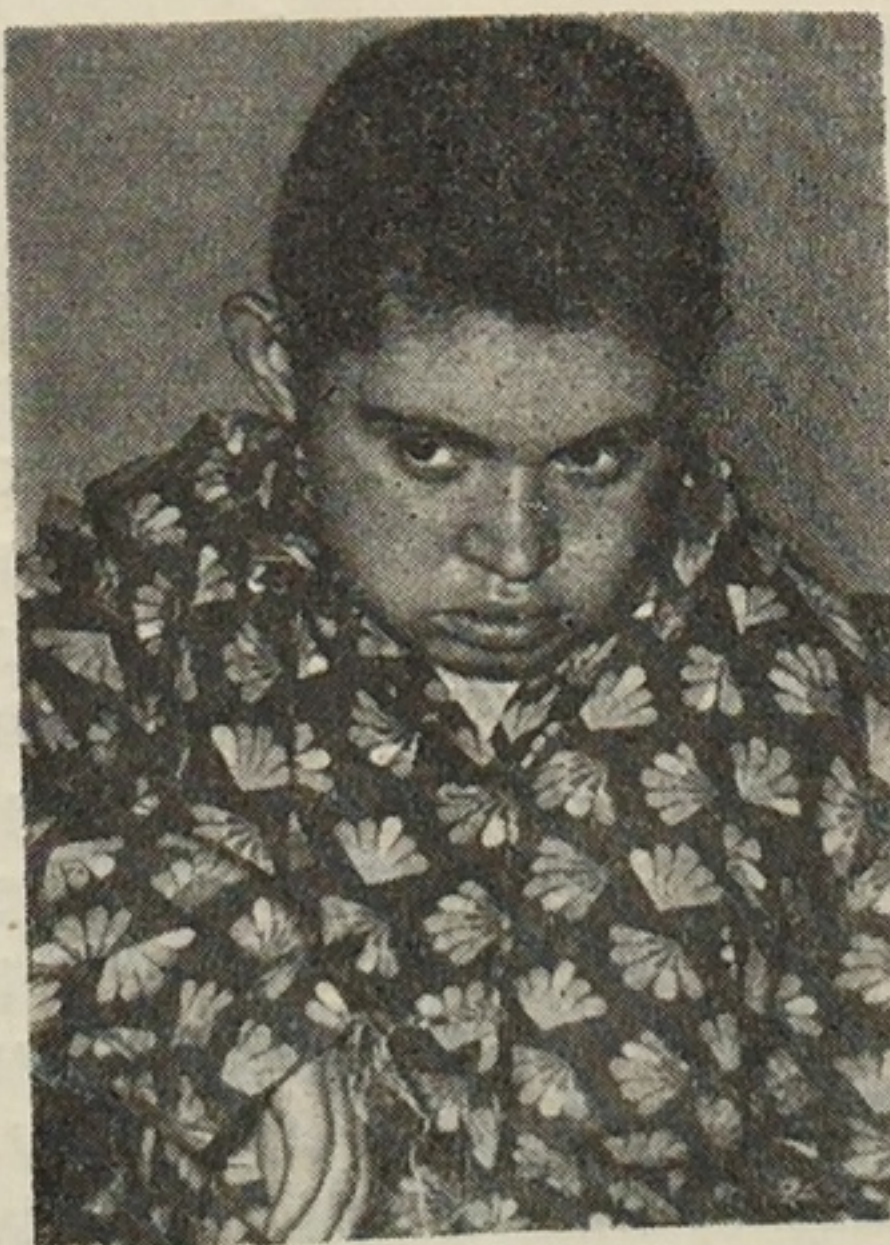


Рис. 175



Рис. 176



### ШИЗОФРЕНИЯ, РАННЕЕ СЛАБОУМИЕ

Заболевание, основными симптомами которого являются нарастание признаков расщепления и эмоциональной тупости, апатии. Общая особенность этой болезненной группы — наступающий в молодом возрасте распад психической деятельности с разорванностью мышления, типичными галлюцинациями и парадоксально-эмоциональными реакциями. Клиническая картина раннего слабоумия характеризуется (вне лечения) более или менее далеко идущим распадом психической личности с преобладанием эмоционально-волевых расстройств.

Основные симптомы шизофрении: 1) аутизм, 2) эмоциональные расстройства — апатия (рис. 224—228), эмоциональная тупость, безразличие, равнодушие, инертность к естественным жизненным побуждениям, парадоксально-неадекватные эмоциональные реакции, 3) расстройства ассоциативного процесса, нарушения естественно-логического стройного хода мышления, разрыхления ассоциативных связей, склонность к резонерству. Шизофренические ассоциации, высказываемые больными, напоминают группу мыслей, понятий, брошенных в горшок, встряхиванием перемешанных между собой и извлекаемых оттуда по капризной воле случая. При разрыхленности мыслительных образований, скрывающих в себе внутренние образы, понятные только самому больному, образуются как бы эмбрионы понятий, ассоциаций, лишенных логически-смысловой связи и являющихся одним из выражений своеобразной «интрапсихической атаксии» (Штранский), расстройства внутренней координации психических движений, типичных для шизофренического изменения, расщепления психики. Стереотипия в области речи, апатический или же паратимически-неадекватный эмоциональный тон, сопровождающий высказывания, выпадение руководящих целевых представлений в речевом потоке, аутистическая оторванность высказываний от содержания ситуации, от окружающего, неологизмы создают (особенно при длительном наблюдении) впечатление от речи шизофреников как от «психической жвачки». Иногда этому впечатлению «однообразной психической жвачки» способствуют возникающие у больных «галлюцинации мышечного чувства» во рту, переживания «зависимости от посторонней воли и постороннего воздействия», заставляющие больных ощущать произносимые ими слова «как инородное тело во рту». Примерами различных этапов шизофренического расстройства мышления, отражающих различные степени интенсивности поражения ассоциативного процесса, могут служить нижеследующие записи высказываний больных (из книг профессоров Осипова, Зиновьева, других авторов, собственных наблюдений).



Далеко склонная к неизвестным просторам фантазия.  
 Своеобразные земные поля раскрываются там перед нами.  
 Из почвы местами вырастают роскошные растения.  
 Блистая золотом, подобно короне, проникает светлое созвездие.  
 Сверхчеловеческая природа пребывает в этих сферах.  
 Прощаясь, оно прочно дает полет легкой смеси газов.  
 Электричество оно выбивает в шариковидную форму.  
 Ее зрение отличается весьма своеобразной чувствительностью.  
 Велико, многократно и легко иногда счастье человека.  
 Кругло, тяжело и вольно черкает он его к своему восторгу».  
 (Запись стихов шизофреника)

«Я называюсь Эдуард Георгиевич Тюдор, а должен называться кардиналом Ришелье. Позвольте мне написать ультиматум. Я не собираюсь никого убить. Я не шарик. Гоголь-моголь. Вижу мост. Он не кардинал, кардинал я. Впио чем я рожден в Аскании-Нова... Я хочу быть ректором трех университетов. Зачем вы ковыряете в носу? Прошу показать икону Иннокентия. Прошу заказать на обед следующее: во-первых бульон, а во-вторых сыграть со мной партию в шахматы. Это печать от мамы на смерть».

«Где чудо, где года рыбаки. Тайна вечная погибла, будет странно жить. Где связки, где развязки. И женщины должны будут спасаться. Смело в глаза смотрите, что вечно, кто во что должен верить, что взрослые любили, чудаками были. Тайна жизни не рождена. Теперь можно весь сахар съесть. Что значит наркоз. Страшное скрежетание, что правда, что симуляция».

«Будут каналы вод упрямого мозга, канал, бинокль и будет бюджет до пятого года. Сигарета, папироса и крем заварное согласие желе. Вы извините, приеду десятого августа. Куда делась зозуля с 800 миллионами 750 года до 1000 миллионов 703 года. Если вы согласны, я не отрицаю. Звучность мира не вырастет, если будут входить в паровое отношение. Если говорить о внешности, то это тифозная личность. Профессор может ли повернуть подушку в царство кишки и нарзана в отношении черной пробки так и останется с правом Дон-Кихота.

Из добавочных шизофренических симптомов наибольшее значение имеют: 1) галлюцинации, 2) бредовые идеи, 3) двигательные (кататонические) расстройства (рис. 182—206, 210, 211, 214—220). Подвиды или формы шизофренического процесса определяются превалированием в состоянии больных тех или иных видов добавочных симптомов — на фоне основных симптомов или части последних:

1. *Dementia simplex* — простая форма шизофрении. Характерно нарастание вялости, апатии, сужение круга интересов, общее психическое опустошение. Нередко на фоне остывающей аффективности развиваются отдельные ипохондрические идеи. Начало болезни в юношеском возрасте, без склонности к ремиссии.

2. Гебефреническая форма шизофрении (рис. 177—181) — *hebefrenia* — развивается чаще всего в возрасте полового созревания, характеризуется нелепым манерно-дурашливым поведением больных с склонностью к совершению всякого рода антисоциально-проказливых действий, с расстройствами настроения, носящими иногда характер немотивированных взрывов аффекта, дурашливой веселости, возбуждения. Иногда наблюдаются нелепые ипохондрические идеи. Возможны ремиссии, хотя обычно и неглубокие. Сочетание шизофренического процесса с олигофренией (дебильностью) носит название пропфгебефрении (рис. 229).

3) Кататоническая форма шизофрении (рис. 182—206) — *katatonia* — характеризуется преобладанием в состоянии больных психомоторных расстройств — стереотипии, негативизма, мутизма, манерности, восковой гибкости (стр. 152, рис. 193—200), импульсивности, эхопраксии, эхомимии, эхολалии, супора (стр. 153, рис. 193—199, 200—201, 215—218), возбужде-



ния (рис. 182—192), кататонических припадков (стр. 133). Иногда обнаруживаются при этой форме глубокие и продолжительные ремиссии.

4. Параноидная форма шизофрении (рис. 221—223, 230, 231) — *dementia paranoidea* — характеризуется преобладанием в состоянии больных галлюцинаторно-бредовых симптомов. Бредовые идеи параноидных шизофреников иногда образуют бредовую мозаику — бредовой синдром, сотканный из отдельных кусочков различных бредовых идей — с противоречивым содержанием, с склонностью больных к бредовой расшифровке действительности. Галлюцинации бывают тесно связаны с расстройствами мышления, с бредовыми идеями. Наиболее часто при параноидной форме шизофрении наблюдаются: 1) бред отношения, преследования (рис. 104, 105), воздействия, величия — большей частью носящие нелепый отрывочный характер, 2) галлюцинации — слуховые, обонятельные, вкусовые, зрительные, императивные, «звучание мыслей». Медленное течение с незначительной склонностью к ремиссиям.

5. Циркулярная форма шизофрении — приступообразное течение с окраской состояния больных то в маниакальный, то в депрессивный тона, причем первые приступы могут вначале дать почти полное восстановление прежнего психического уровня, но затем выступают черты эмоционально-апатических и аутистических диссоциативных изменений.

Соматические симптомы, наблюдающиеся у шизофреников: узость аорты, малое, капельное сердце, частое развитие легочного туберкулеза, регрессивные изменения сперматогенеза, атрофические изменения в надпочечниках, щитовидной железе, явления инфантилизма, «тимико-лимфатический статус». При остром кататоническом возбуждении — отек, набухание мозга.

Диагноз шизофрении на основании данных макро- и микроскопического исследования без учета клинической картины невозможен. «Заслуживает внимания, как указание на аномалию развития, сохранение в молекулярном слое нервных клеток Кахаля, недоразвитие клеток коры полушарий и клеток Пуркинье. Что касается изменений собственно патологического характера, то наиболее существенное сводится к склерозу клеток. При вполне выраженной болезни все более выступает убыль нервных элементов. Изменению нервной паренхимы соответствует и реакция со стороны глии, носящая характер репаративного глиоза» (Гиляровский). При шизофрении обнаруживается вялая реакция ретикуло-эндотелиальной системы и ретикулярной части стромы (мезоглии, клеток Хортега, олигодендроглии, ретикуло-эндотелиальных элементов мозга, плексусов, сосудов.).

В начале заболевания почти при всех типах течения наблюдается падение веса шизофреников. Кататоническое возбуждение иногда сопровождается резким падением веса, восстанавливающимся при успокоении больного. При кататонии же может наблюдаться прогрессирующее падение веса тела и вне возбуждения (Рейхардтовское эндогенное истощение). Увеличение веса тела при нарастающей психопатологической симптоматике или же стабильной психопатологической симптоматике может быть плохим прогностическим признаком. Исследование крови может обнаружить лимфоцитоз, особенно у кататоников, в некоторой части случаев — эозинопению, базофилию, особенно у спокойных и ступорозных кататоников. Основной обмен большей частью у кататоников понижен. У гебефреников чаще, чем у кататоников, наблюдается алиментарная глюкозурия. С точки зрения вегетативного тонуса у кататоников могут наблюдаться ваготонические признаки или же смещение ваго- и симпатикотонических явлений. При гебефрении имеют место главным образом симпатикотропные явления. У многих больных обнаруживается так называемая адренальная нечувствительность. У кататоников может наблюдаться усиленная саливация, пототделение, падение температуры при ступорозных состояниях (до 34,2°).



Чем менее эндокринно-вегетативно стигматизированы шизофреники, тем иногда хуже прогноз и менее эффективна терапия. У многих больных наблюдается акроцианоз, отсутствие психической реакции зрачков (колебание величины зрачков под влиянием эмоциональных переживаний — симптом Бумке).

Дифференциальная диагностика шизофрении главным образом производится с олигофренией, циркулярным психозом, истерическими реакциями, резидуальными явлениями после эпидемического энцефалита, сифилисом мозга, эпилепсией.

Наиболее часто начало шизофрении в возрасте от 15 до 25 лет (45,5%), а затем от 25 до 30 лет (18,8%), от 30 до 35 лет (15,4%), от 35 до 40 лет (6,3%). Чем ранее началось заболевание, тем оно тяжелее и хуже прогноз; чем позже, тем лучше прогноз и медленнее течение.

По И. П. Павлову, трудам советских психиатров, у шизофреников в их мозговой деятельности обнаруживается повышенная тормозимость, источник которой И. П. Павлов усматривал в слабости, «хрупкости» нервной системы больных. Обычные раздражители внешней среды являются для таких больных сверхсильными, вызывающими запредельное торможение, носящее преимущественно защитно-восстановительный характер. Это торможение может иметь различную распространенность, нередко охватывая нижележащие отделы головного мозга, — подкорку и ствол, и различную интенсивность, часто в виде состояний переходных между бодрствованием и сном, — гипнотических фаз — уравнительной, парадоксальной, ультрапарадоксальной, наркотической.

Развитие торможения в одних отделах мозга высвобождает и положительно индуцирует другие отделы головного мозга, благодаря чему нарушаются правильные взаимоотношения между сигнальными системами, корой и подкоркой. На этом фоне могут образовываться очаги застойного возбуждения и торможения.

Примерами симптомов шизофрении, связанных с торможением, фазовыми состояниями, растормаживанием и положительным индуцированием подкорковых образований, с застойными очагами возбуждения в коре мозга являются мутизм, ступорозное состояние, негативизм, галлюцинации, восковая гибкость, дурашливость, кататоническое возбуждение, стереотипии, персеверации, вербигерации.



### ВОСКОВАЯ ГИБКОСТЬ, КАТАЛЕПСИЯ

Наклонность к застыванию в приданном положении, благодаря которой больной сравнительно долго сохраняет созданную исследователем позу (рис. 193—200) (истинная каталепсия) или же быстро возвращается к прежней, бывшей до опыта позе (ложная каталепсия). Иногда при истинной каталепсии поднятая кверху и застывшая в этой позе правая рука опускается при поднятии левой руки и т. п. (Бернштейн).

К числу других признаков истинной каталепсии (главным образом при кататонической форме шизофрении или кататонических добавках к другим синдромам), кроме симптома Бернштейна, следует отнести, во-первых, ощущение восковидного состояния мускулатуры при проведении исследователем какой-либо манипуляции с органами движения пациента (например, поднятие руки, сгибание ноги и т. д.); во-вторых, сохранение в течение сравнительно долгого времени пациентом приданной неудобной позы; в-третьих, феномен, названный нами «симптомом лестницы» (рис. 195—199)—ступенчатое, как бы толчкообразное поднятие или опускание рук, ног, поворачивание, сгибание шеи, поворот, сгибание, разгибание туловища и т. п. и т. д. точно на тот размер, размах движения, которое определяется усилием, толчком исследователя.

Н  
К  
218)  
зом от  
чурно  
подчи  
импуль  
ных со  
ной де  
ного з  
пытки  
да, по  
ны по  
ные ре  
их и т  
созна  
добны  
тельны  
ной аг  
ное со  
тельны  
обнару  
воздей  
ми пер  
мотой,  
кает о  
ционал  
Други  
при п  
не име



## СТУПОР

Низведение всех моторных процессов до полного минимума.

Кататонический (шизофренический) ступор (рис. 193—201, 215—218) пронизывается апатически-негативистической недоступностью, отказом от пищи, отсутствием какой-либо реакции на внешнее воздействие, вычурностью позы. Наряду с негативизмом обнаруживается автоматическая подчиняемость. Ступорозная неподвижность иногда внезапно прерывается импульсивными действиями. Дифференцируется с другими видами ступорозных состояний, например: меланхолический ступор (при циркулярной депрессии), являющийся как бы выражением крайней степени двигательного заторможения и глубокой подавленности, тоски. Обычно сохраняются попытки больных к речевым движениям, к реагированию (хотя бы путем взгляда, поворачивания головы) на окружающее, на внешнее воздействие; заметны попытки больных установить контакт. На лице отражаются эмоциональные реакции больных, связанные с содержанием беседы с ними, посещением их и т. д.; эпилептический ступор характерен наличием изменения сознания с внутренним тревожно-боязливым напряжением, делирантно-сноповидными переживаниями. Больные бывают оглушены, гневливо-раздражительны, с склонностью проявлять аффекты яростного гнева и двигательной агрессии, насилия. Острое, внезапное начало, часто как послеприпадочное состояние, краткость течения и последующая амнезия являются дополнительными признаками этого вида ступора; истерический ступор всегда обнаруживает ту или иную динамику симптомов в зависимости от внешнего воздействия, включая медицинские исследования, в связи с эмоциональными переживаниями. Истерический ступор иногда сопровождается либо немотой, либо разговором мимо темы, пуэрилистическим поведением. Возникает обязательно в связи с какой-либо психической травмой, резким эмоциональным потрясением. Истерические стигматы облегчают распознавание. Другие виды ступорозных состояний (например, маниакальный ступор, ступор при прогрессивном параличе и т. д.) большого клинического значения не имеют.



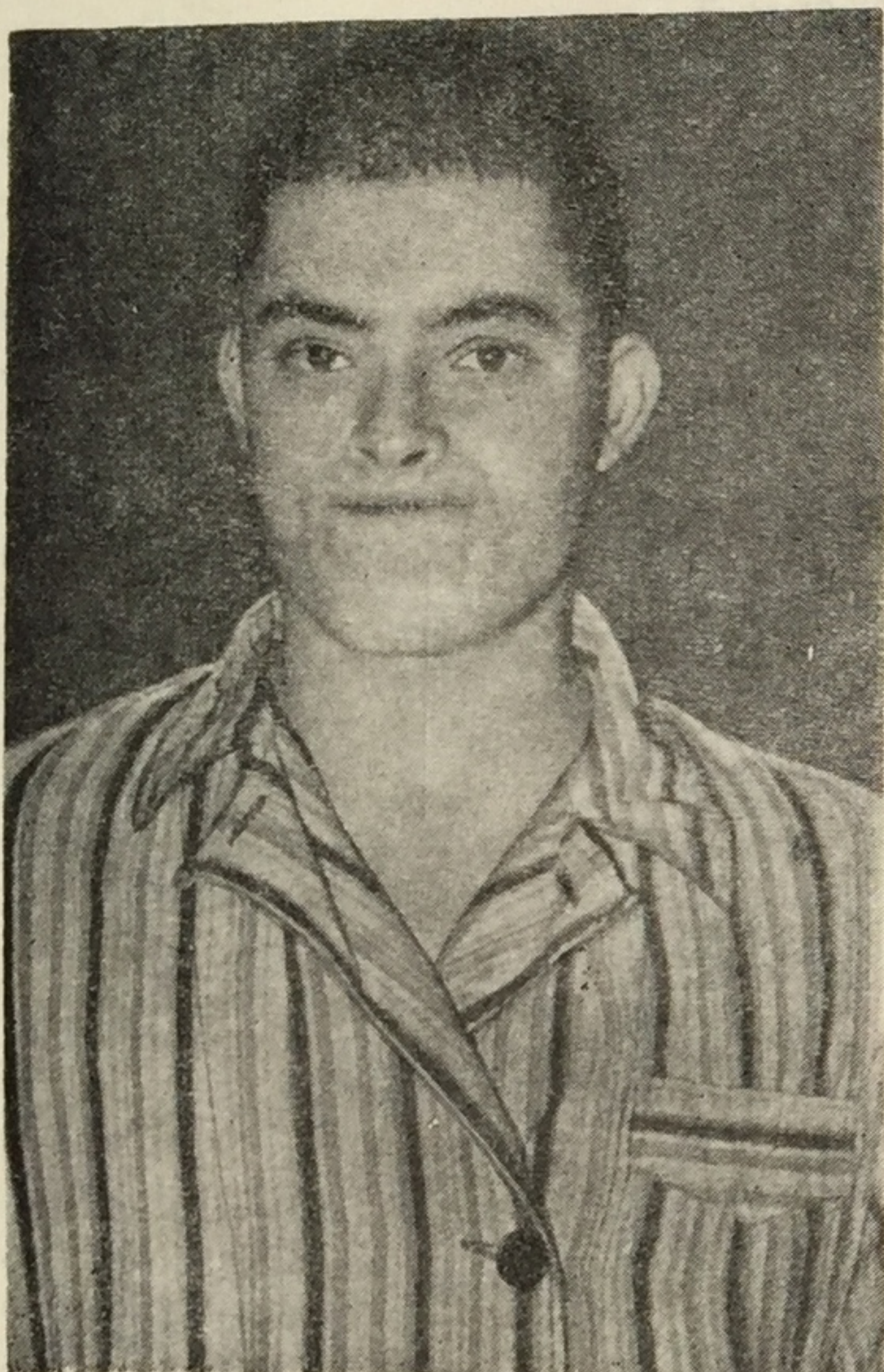


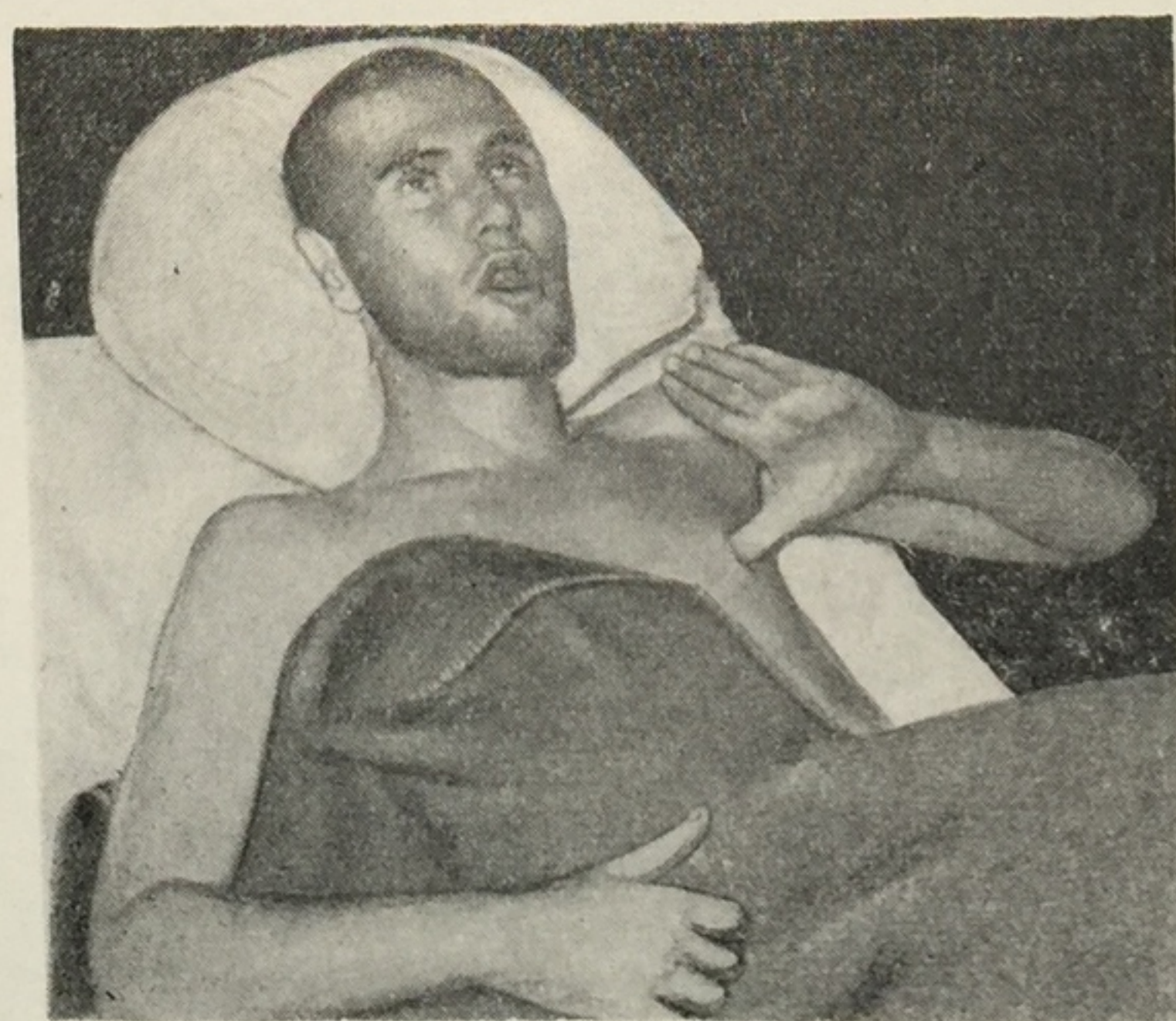
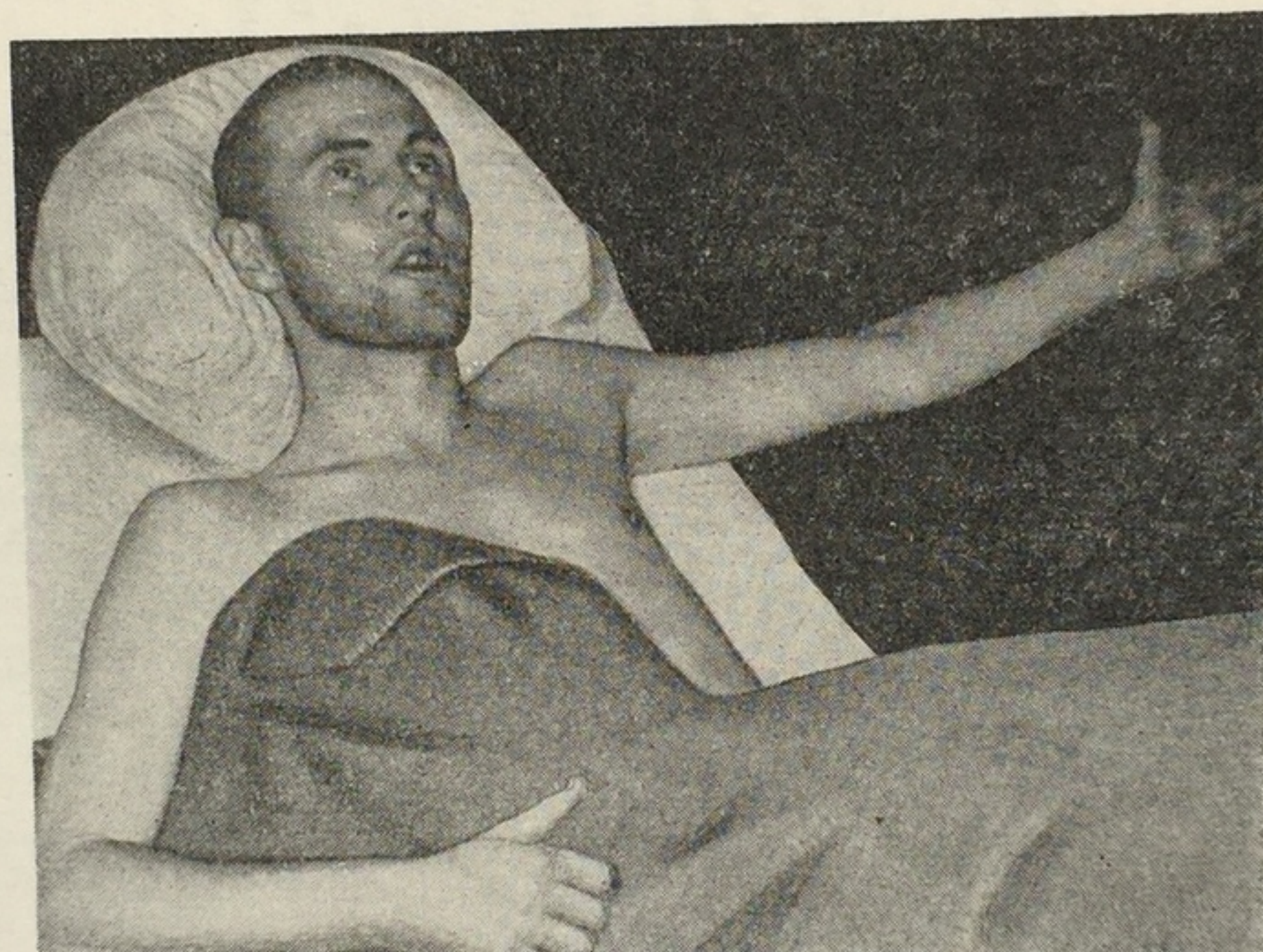
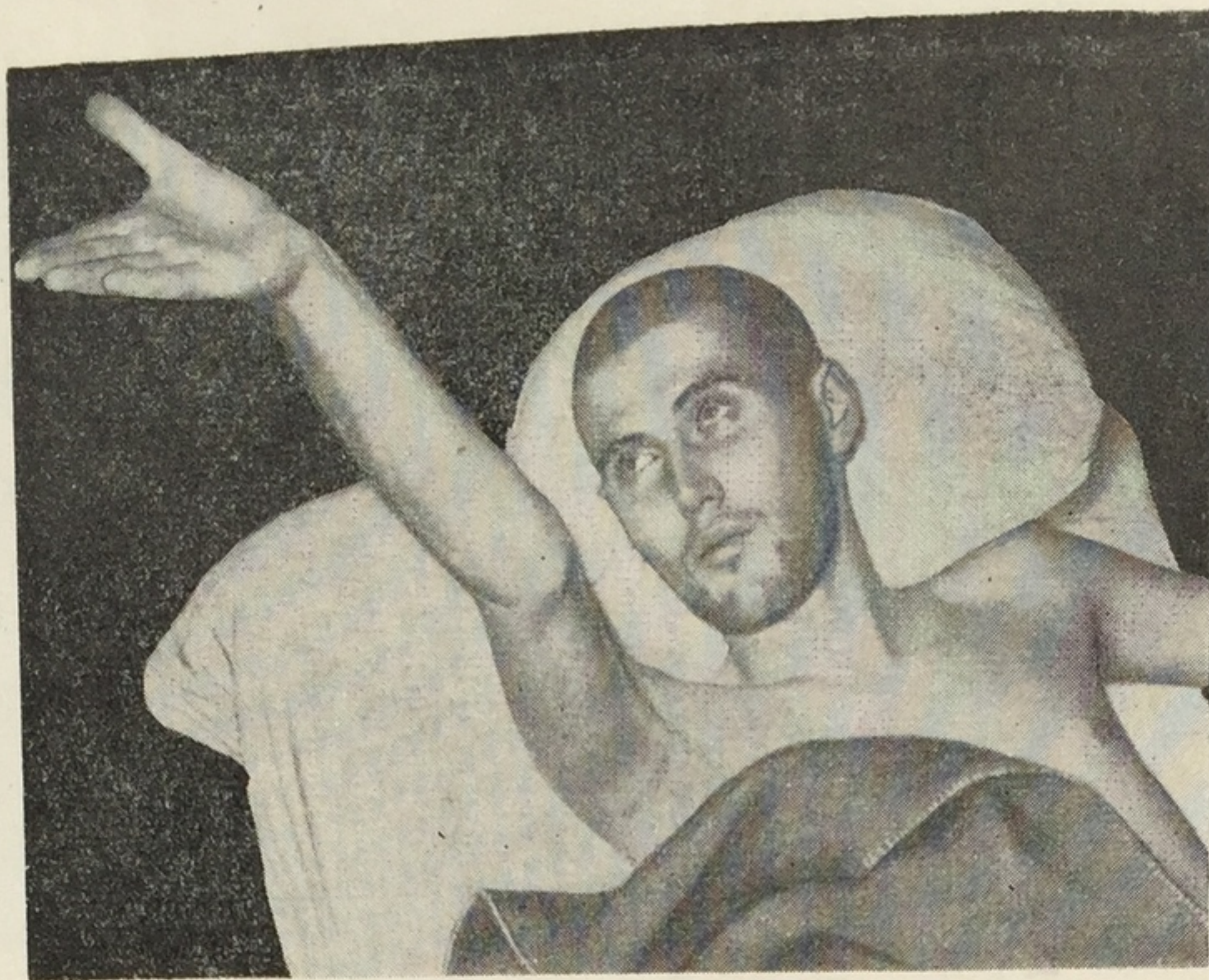




Рис. 177—181. Больной Ю., 21 год. Шизофрения. Гебефреническая форма. Гипоманиакальное возбуждение. Манерно-вычурные движения и гримасы.

Болен около года. Лечился аминазином в комбинации с шокowymi дозами инсулина. Поправился. Работал. Перед настоящим поступлением появилась дурашливость, грубость, оставил работу, уходил из дома, совершал нелепо-проказливые поступки. Во время фотосъемки: дурашлив, не удерживается в постели, кривляется, кувыркается, принимает вычурные позы, гримасничает, легко вступает в ссоры с больными, снимает с себя белье. Циничен. Речь разорвана. Недоступен. Физическое состояние без видимых отклонений от нормы (анализы мочи, крови, реакция Вассермана, рентгенологическое исследование — без особенностей).







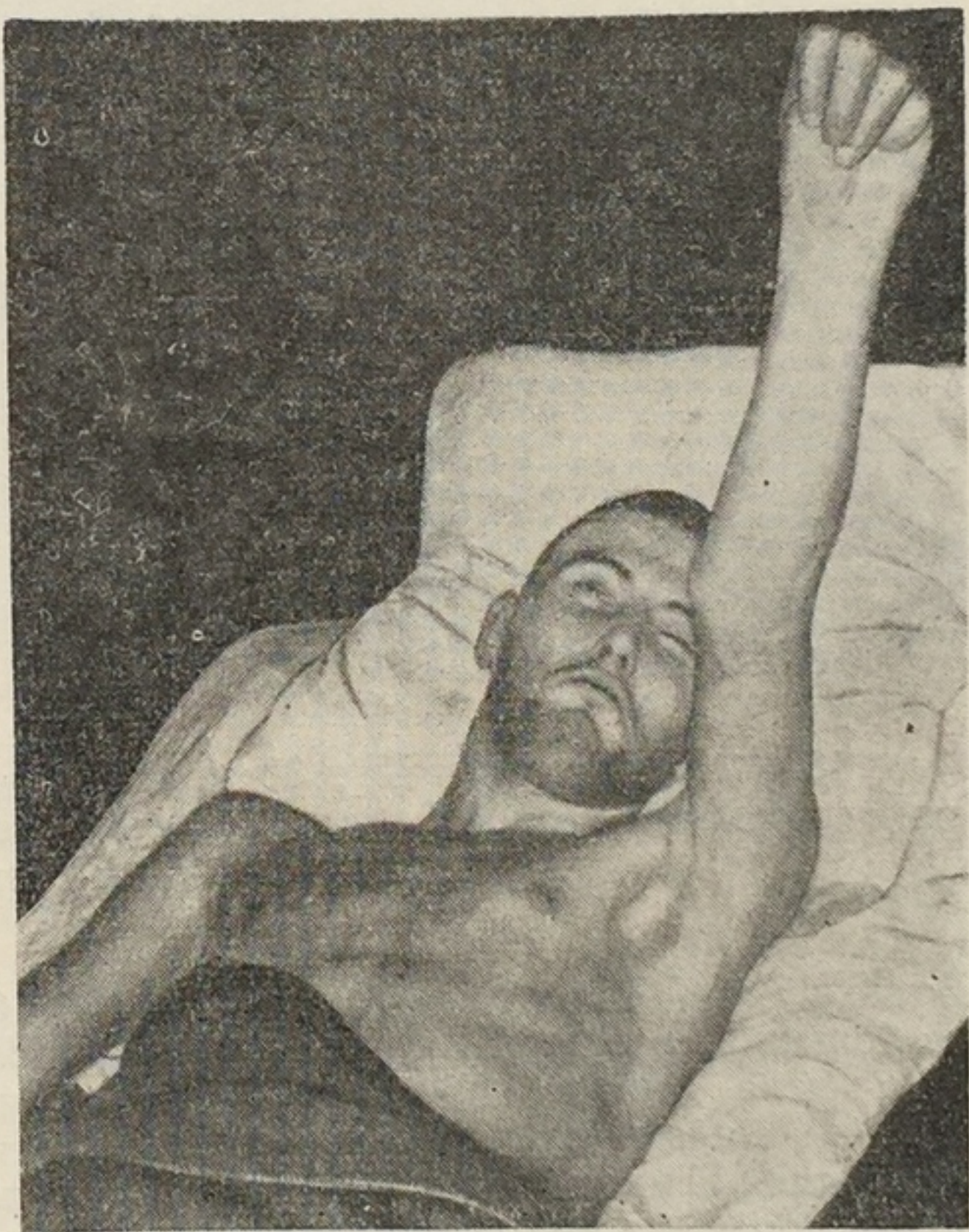
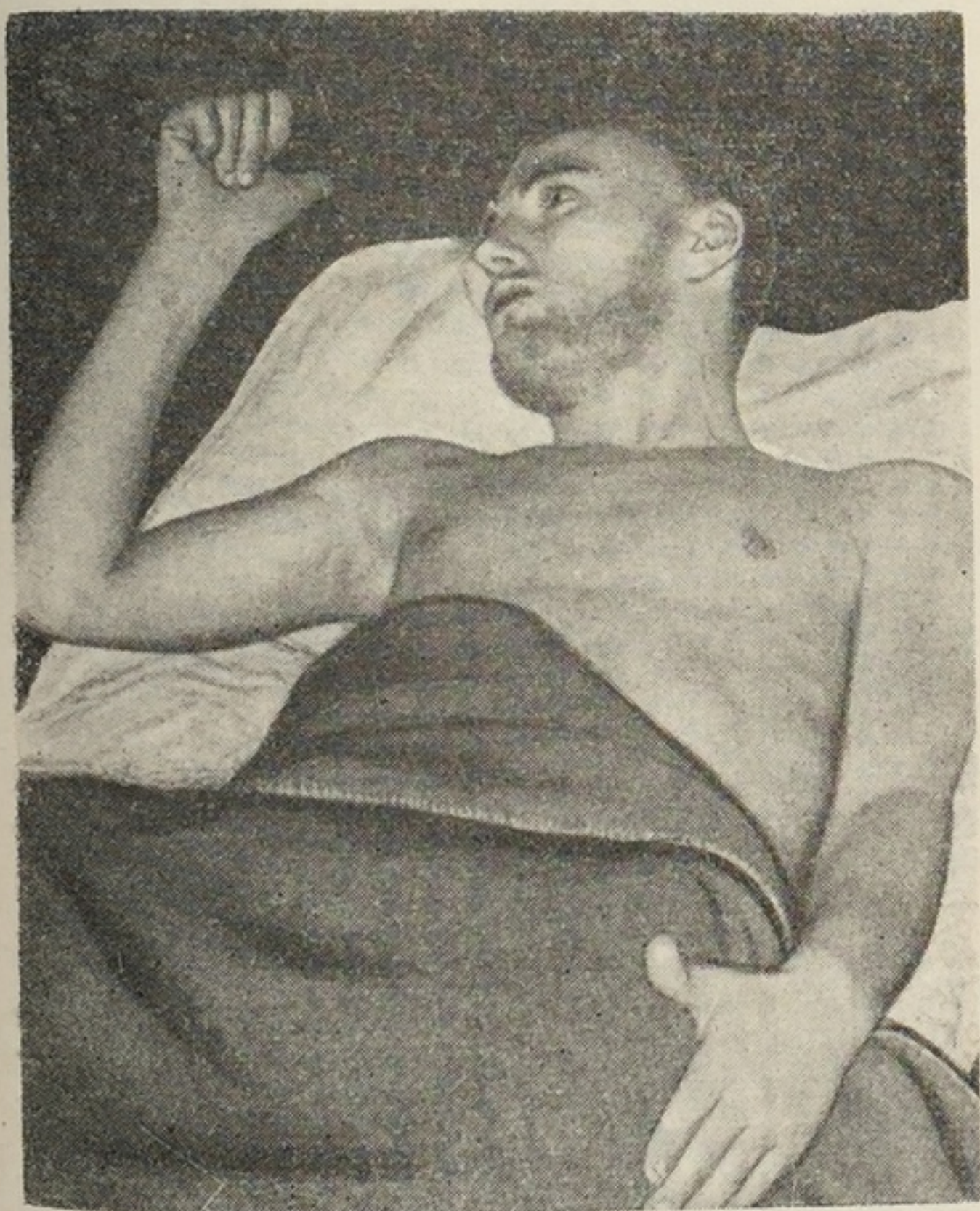
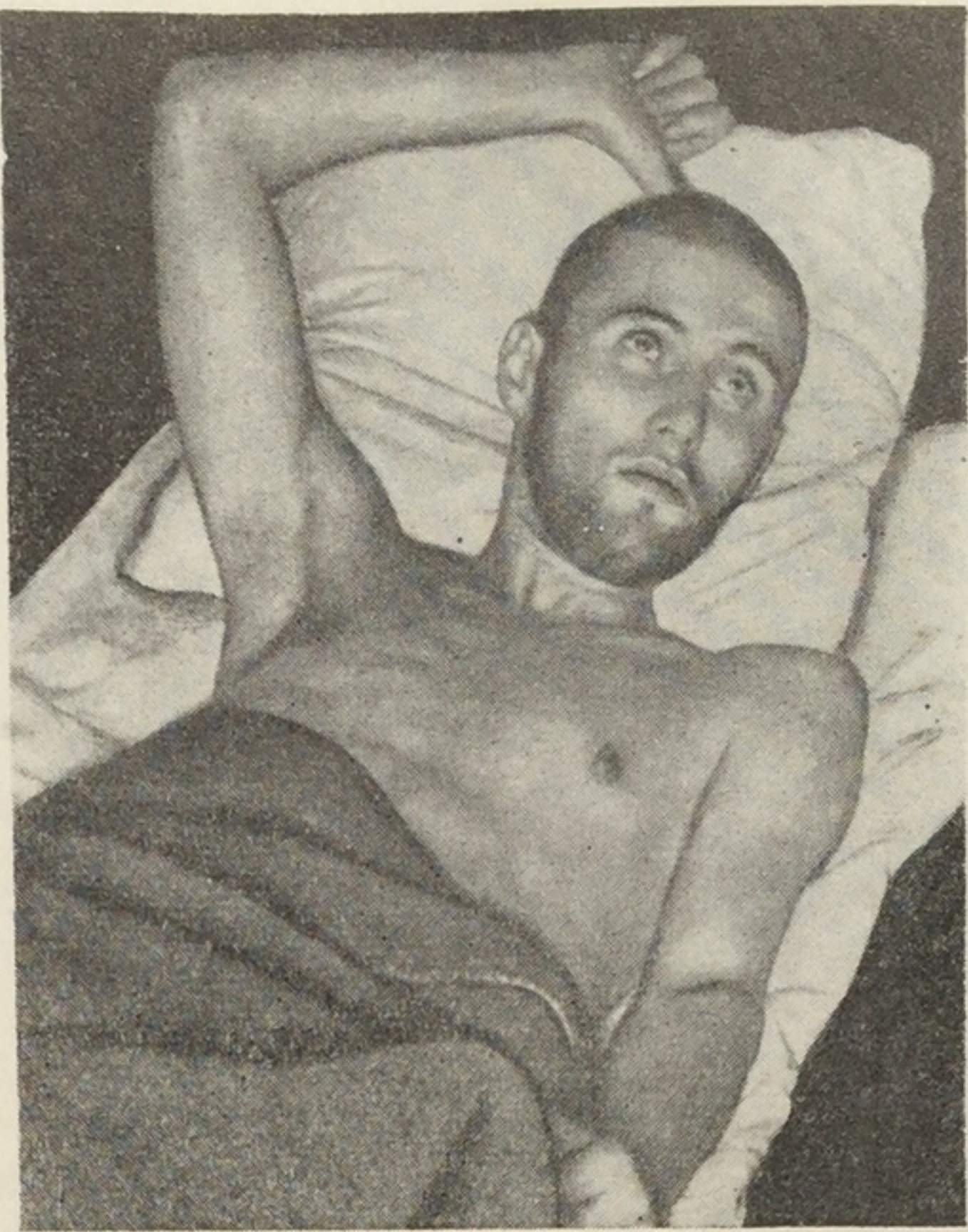
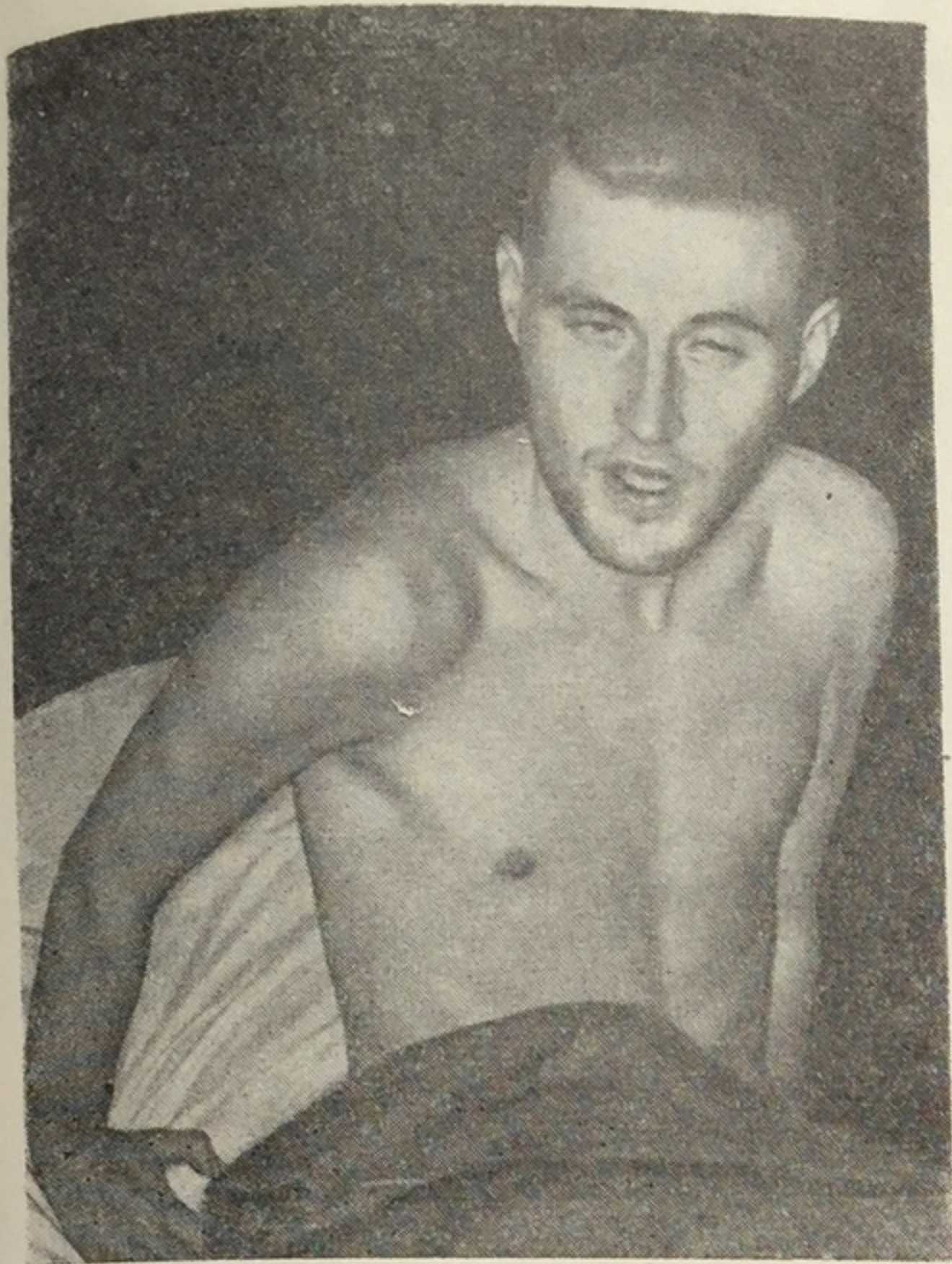


Рис. 182—188. Больной К., 24 года. Шизофрения. Кататоническая форма. Кататоническое возбуждение (последовательное фотоизображение).

Заболев за месяц до поступления в больницу. Внезапно стал вести себя нелепо — то плакал, то смеялся без внешней причины, называл себя «солнечной системой», не спал, уходил из дома. В больнице: речевое возбуждение — речь разорвана, слуховые галлюцинации, двигательные акты нелепо-вычурны. Эхолалия, эхопраксия. Во время фотосъемки: находится в состоянии рече-двигательного возбуждения, наблюдающегося большей частью в пределах постели — выкрикивает отдельные, часто повторяющиеся слова, в которых частично отражается содержание бредовых идей; нелепая стереотипная жестикуляция и гримасы.

Эхолалия. Аутизм. Негативизм. Оголяется.

Сомато-неврологическое состояние, включая лабораторные исследования, — без особенных отклонений.



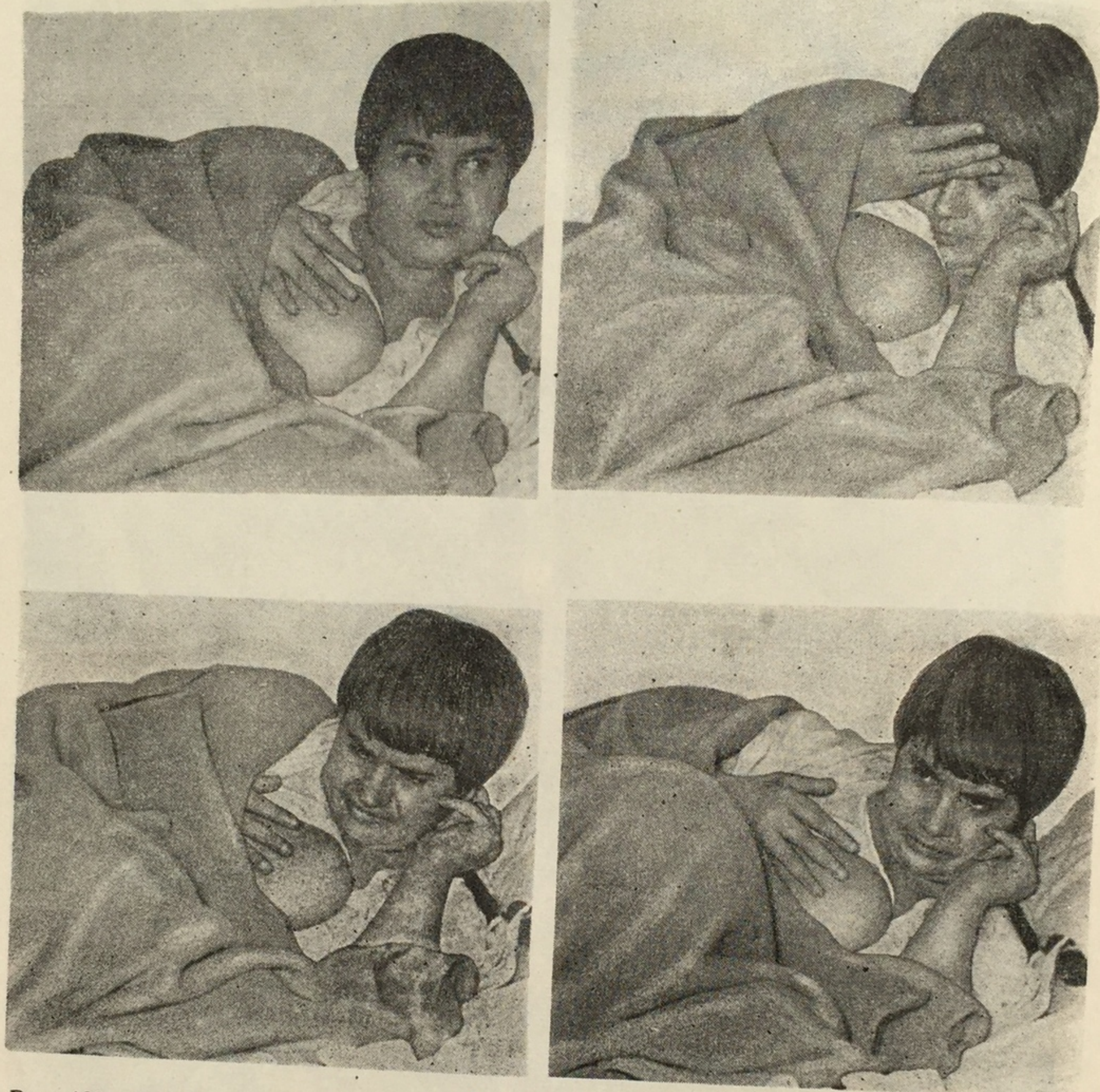


Рис. 189—192. Больная Ш., 30 лет. Шизофрения. Кататоническая форма с гебефреническими включениями. Манерно-вычурные, стереотипные позы (последовательное фотоизображение).

Больна 7 лет. Лечилась в психиатрической больнице неоднократно. Дважды выписывалась из больницы в состоянии выздоровления. В больницу поступала в кататоническом состоянии: была двигательнo заторможена, мутична, негативистична, неопрятна мочой, принимала вычурные позы, отказывалась от еды, задерживала во рту слюну. Последняя ремиссия (в конце 2-го года заболевания) была кратковременной — через 1,5 мес. вновь помещена в больницу в ступорозном состоянии. Была мутична, мускулатура напряжена, лежала в неудобной позе, глаза закрыты, губы вытянуты хоботком, на обращение реагирует лишь усилением мигания век, кормится через зонд, неопрятна мочой. В таком состоянии находилась 3 года, была физически истощена. Лечилась аминазином. Постепенно двигательнo растормозилась, оставаясь мутичной. Обнаруживала глубокие апатические изменения, стала много есть, резко прибавила в весе. Во время фотосъемки: эмоционально тупа, мутична, дурашлива, негативистична, принимает нелепые позы, производит манерно-вычурные движения, ест хорошо, но только при кормлении ее персоналом. В физическом состоянии больной, кроме глухости сердечных тонов (миокардиодистрофия), патологических изменений не обнаруживается (включая лабораторные данные — анализы мочи, крови, реакцию Вассермана, рентгенологическое исследование).



Рис. 193, 194. Больной Е., 22 лет. Шизофрения. Симптом «восковой гибкости».

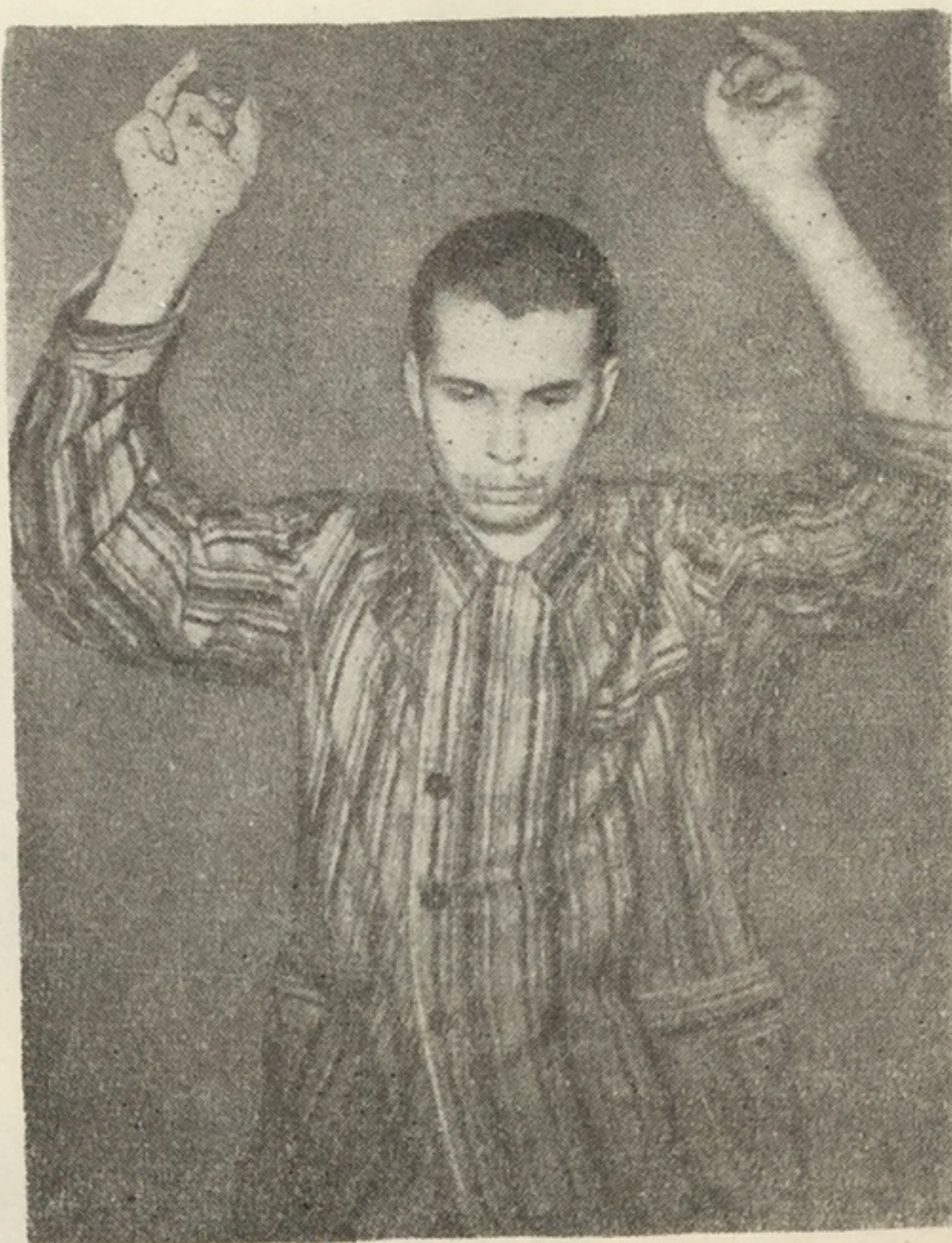


Рис. 193.

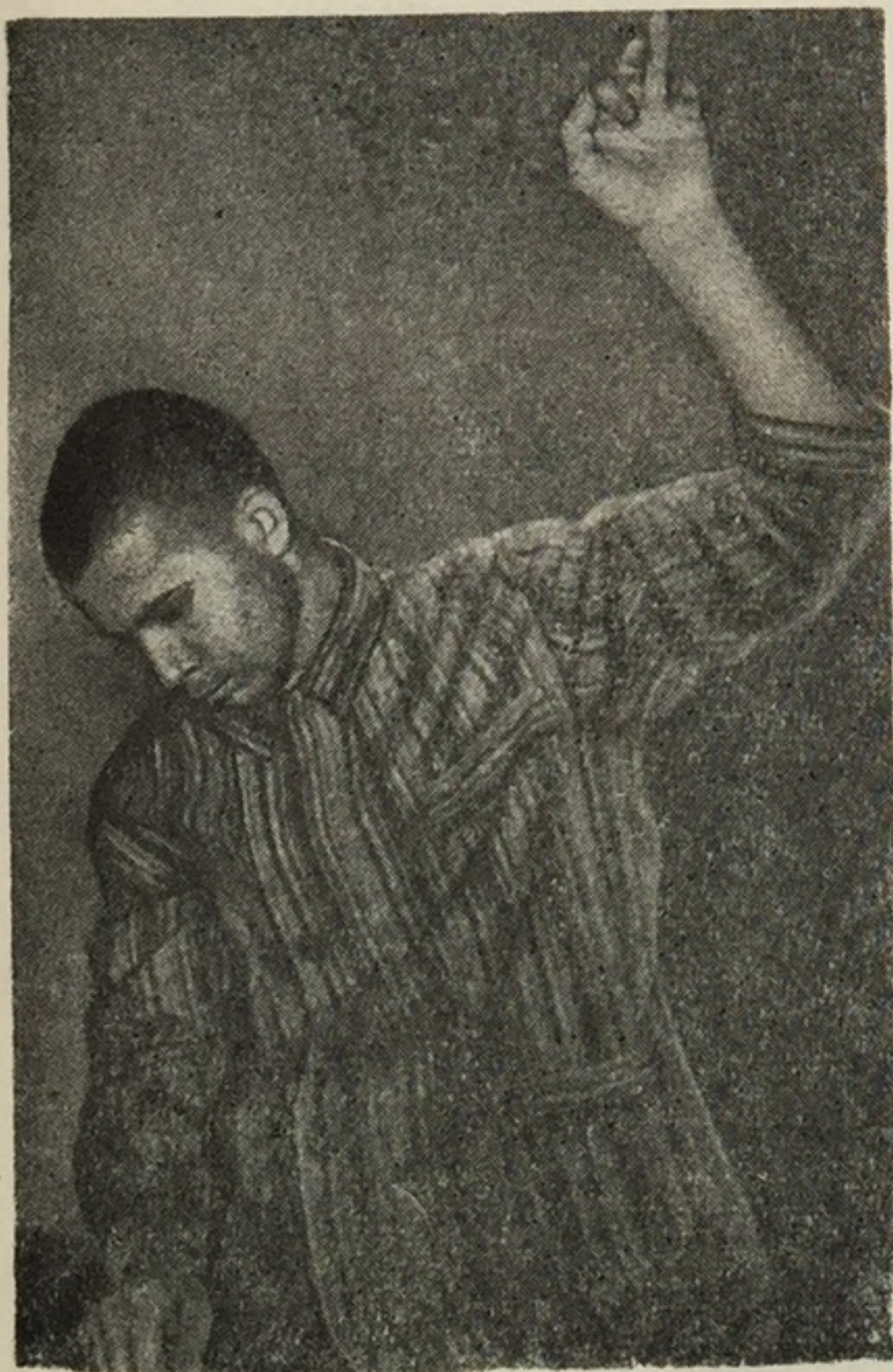
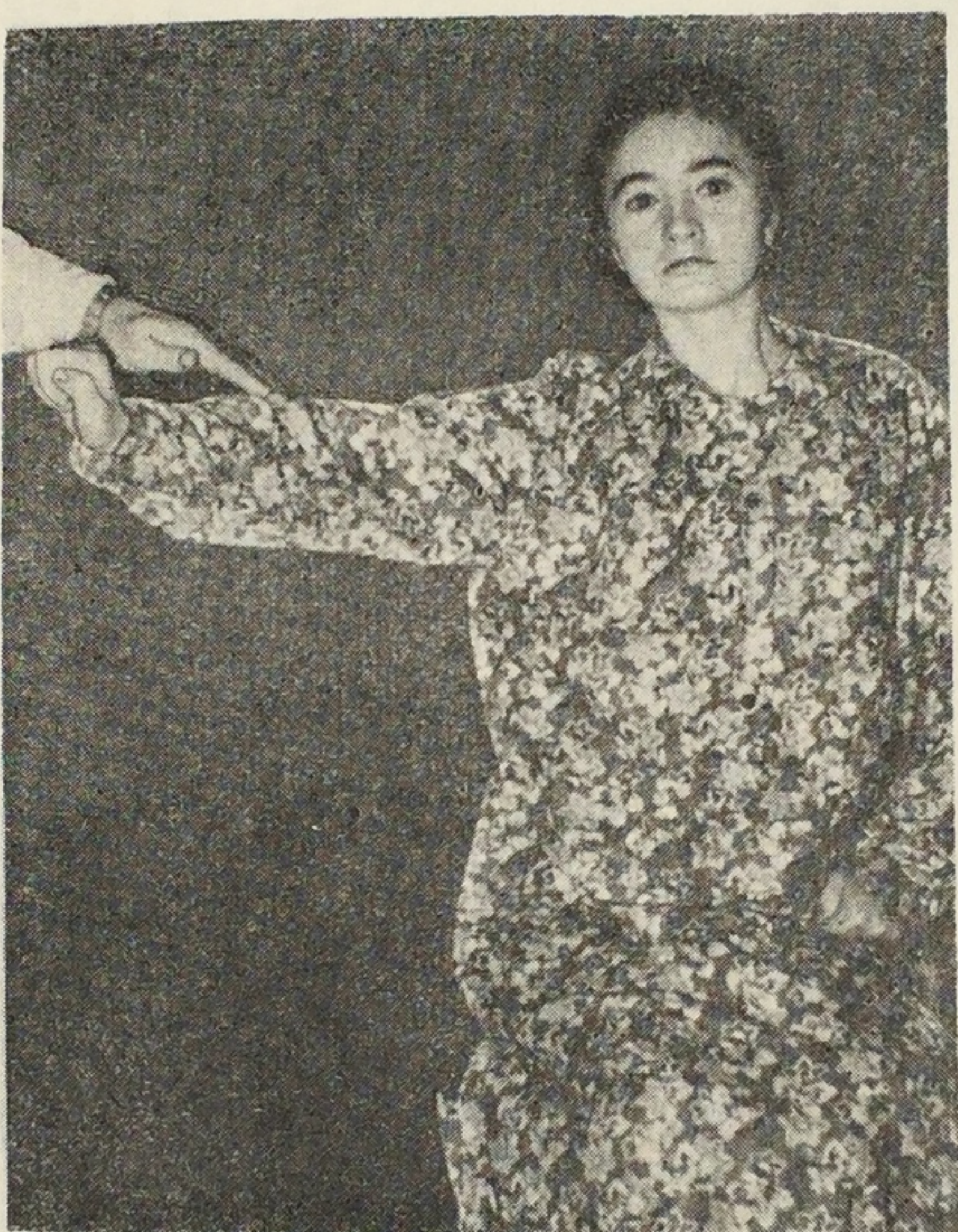


Рис. 194.

Болен 2 месяца. Поступил в соматическую больницу с жалобами на диспептические явления. В больнице обнаружил изменения поведения — замкнулся в себе, говорил, что у него «из желудка выползают змеи», «желудок лопнул». Был переведен в психиатрическую больницу: сначала находился в состоянии речевого возбуждения («словесная окрошка»), в речи улавливались обрывки бредовых идей преследования. Аутичен, застывал в однообразных, вычурных позах. Затем развилось кататоническое ступорозное состояние (момент фотографирования): мутизм, амимия, симптом «восковой гибкости», симптом Бернштейна, пассивный негативизм, вычурные стереотипные позы. Кормился из рук персонала.

В физическом состоянии отмечались: периодически субфебрильная температура, анацидный гастрит (свободная соляная кислота — 0), исхудание, бледность кожи, акроцианоз кистей рук и стоп, глухость сердечных тонов, ослабление пульсового удара.







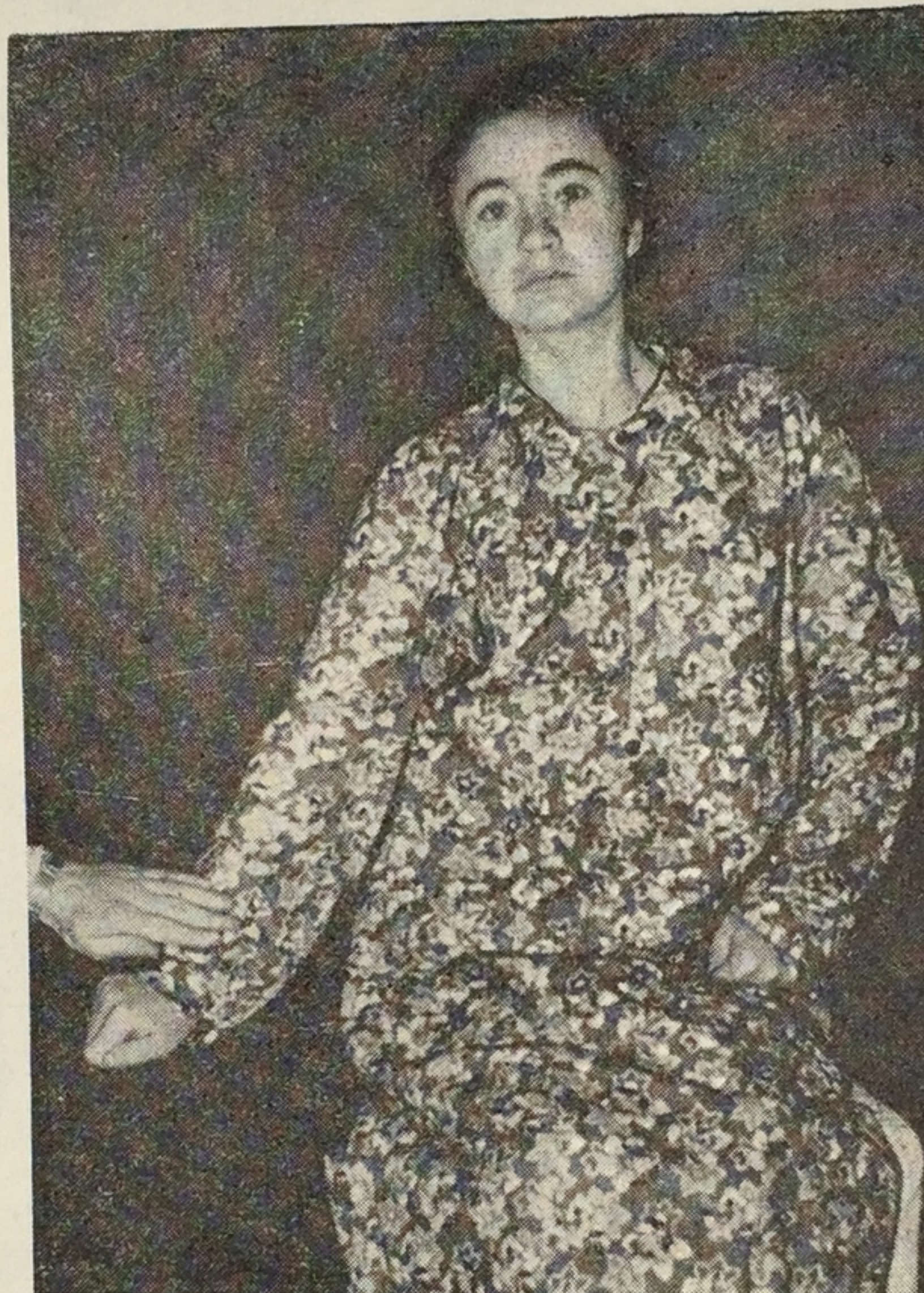
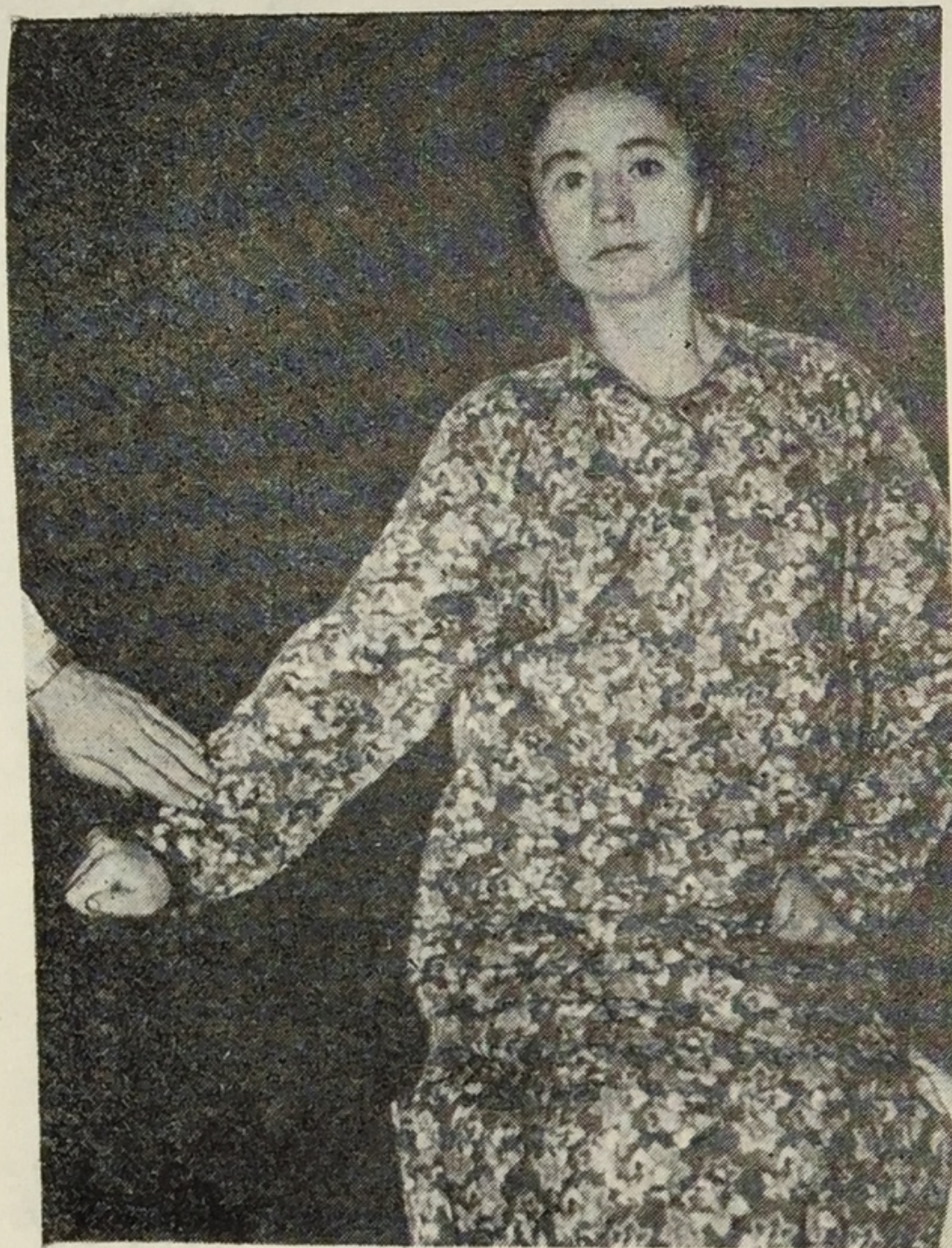


Рис. 195—199. Больная Б., 19 лет. Шизофрения. Симптом «лестницы».

Больна 3 месяца. Вскоре после перенесенного гриппа появились головные боли, бессонница. Стала замкнутой, молчаливой, отказывалась от еды, высказывала бредовые идеи отношения и воздействия, испытывала слуховые галлюцинации. Поступила в психиатрическую больницу в ступорозном состоянии.

Во время фотосъемки: состояние кататонического ступора, «восковая» гибкость, симптомы «лестницы», Бернштейна, «воздушной подушки». Мутизм. Ест только с посторонней помощью. Лицо «сальное» мимика «застывшая», во рту скапливается слюна.

Физическое состояние: отмечается ослабление сердечных тонов, снижение веса. Лабораторные исследования (анализы мочи, крови, рентгенологическое исследование, реакция Вассермана)— без патологических изменений.



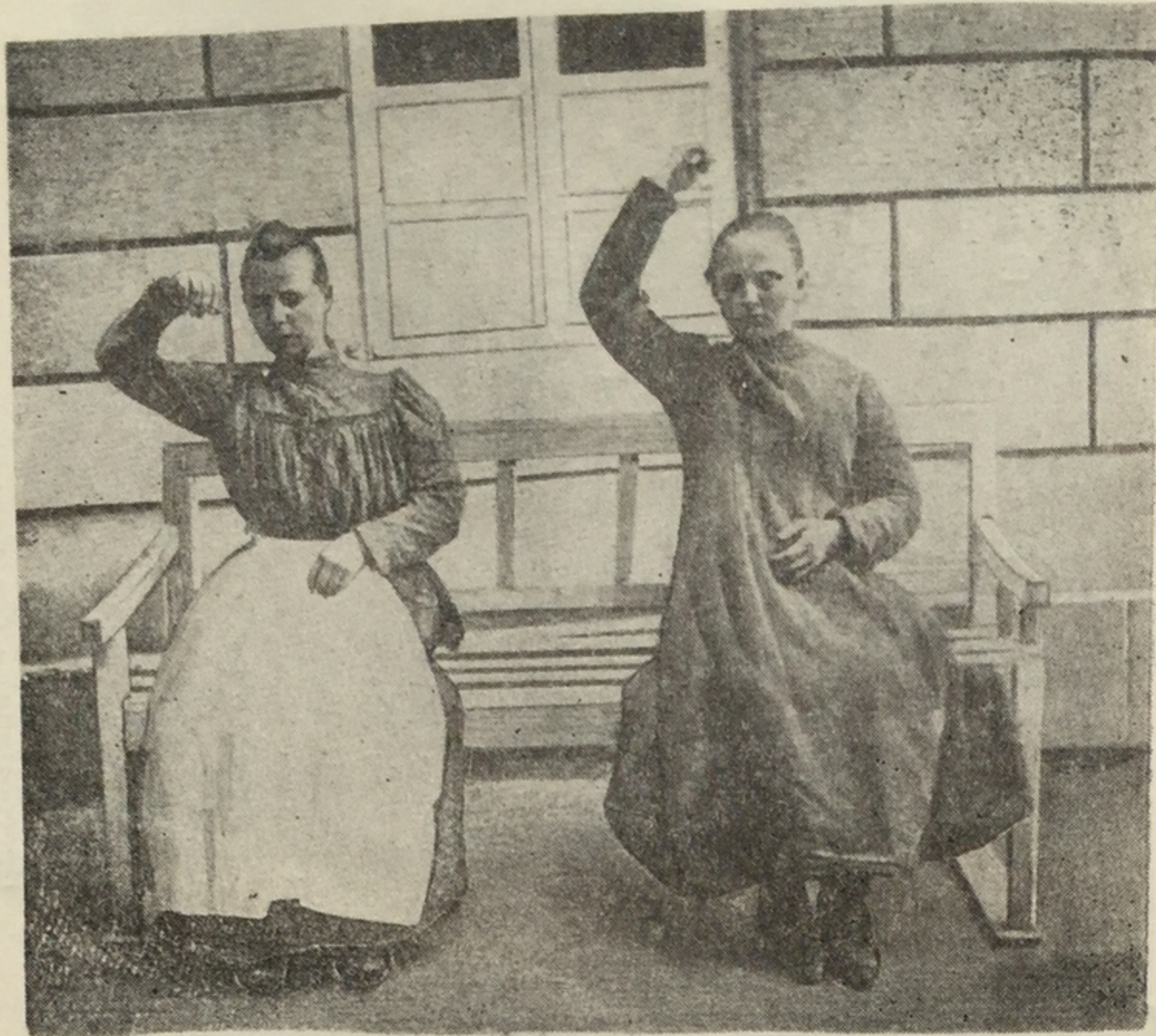


Рис. 200. Кататоническая восковая гибкость. Эхопрактическое отображение. М. Дост (M. Dost). Психиатрия, психология и т. д. 1902.

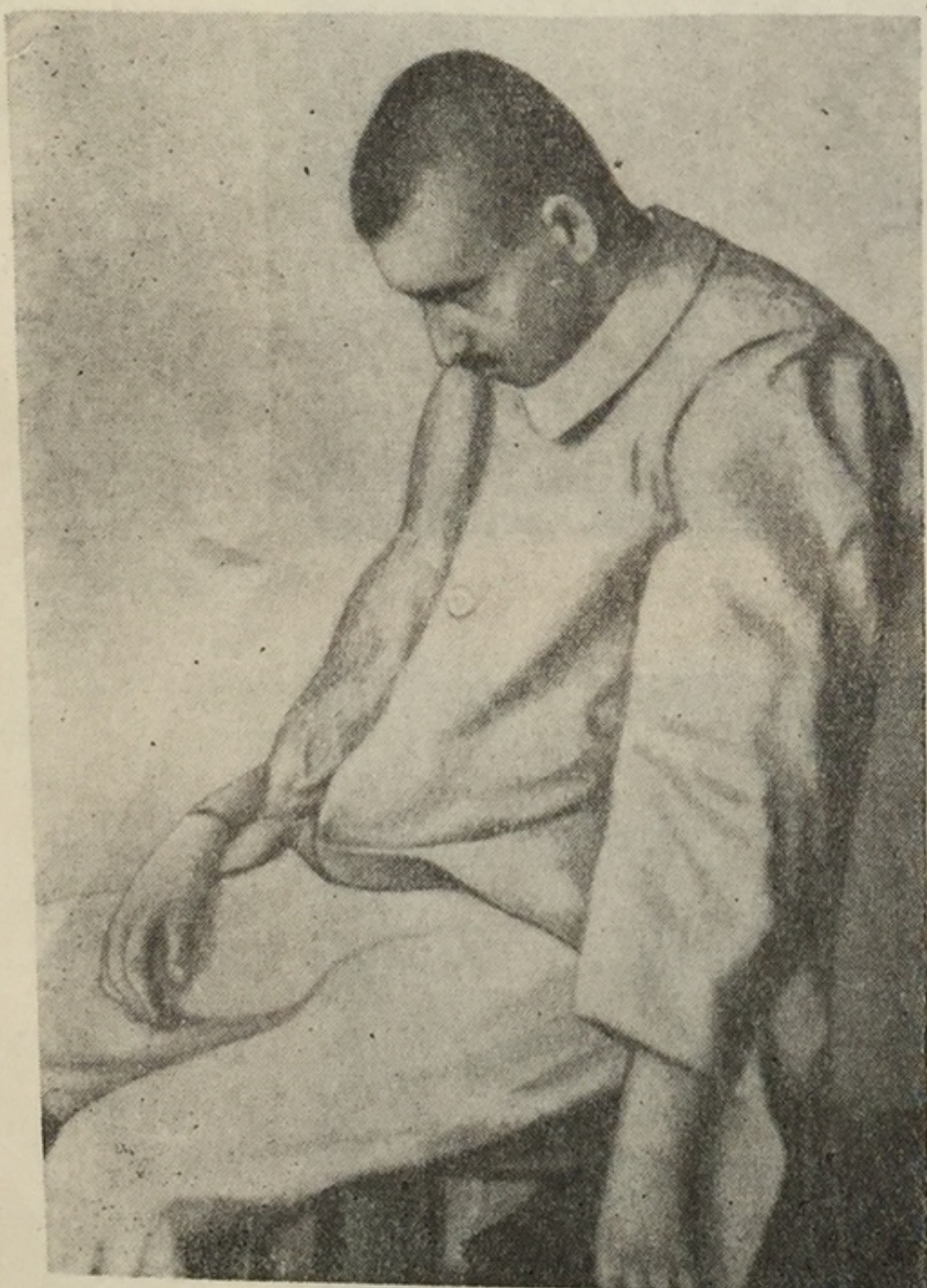


Рис. 201. Кататонический ступор с расслаблением мышц. О. Бумке (Oswald Bumke). Руководство по психиатрии, т. II, общая часть, 1928. Б. Анергический ступор (Нью-тингтон).

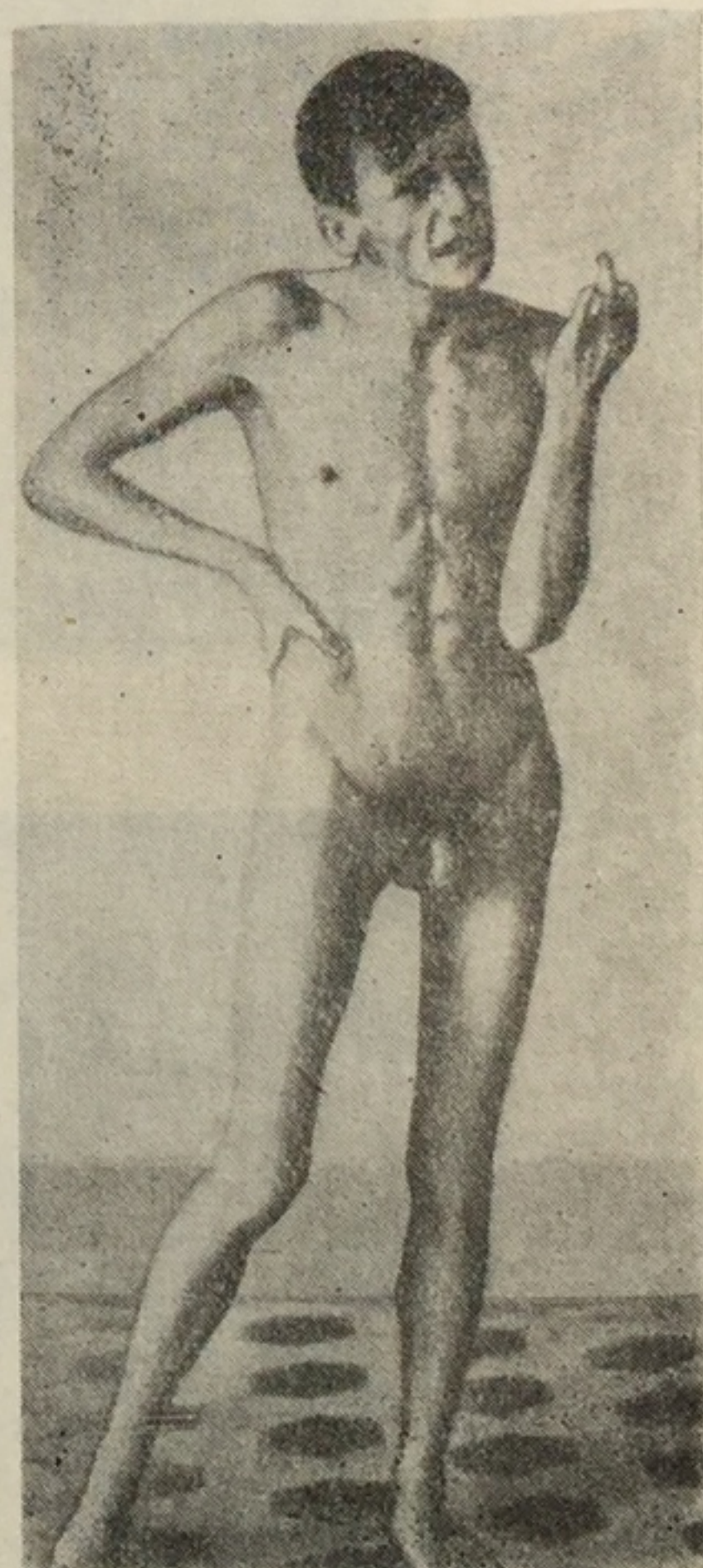


Рис. 202. Вычурные, ате-тозоподобные движения рук. Там же. Кататонические расстройства, А. Бострем (A. Bostroem)



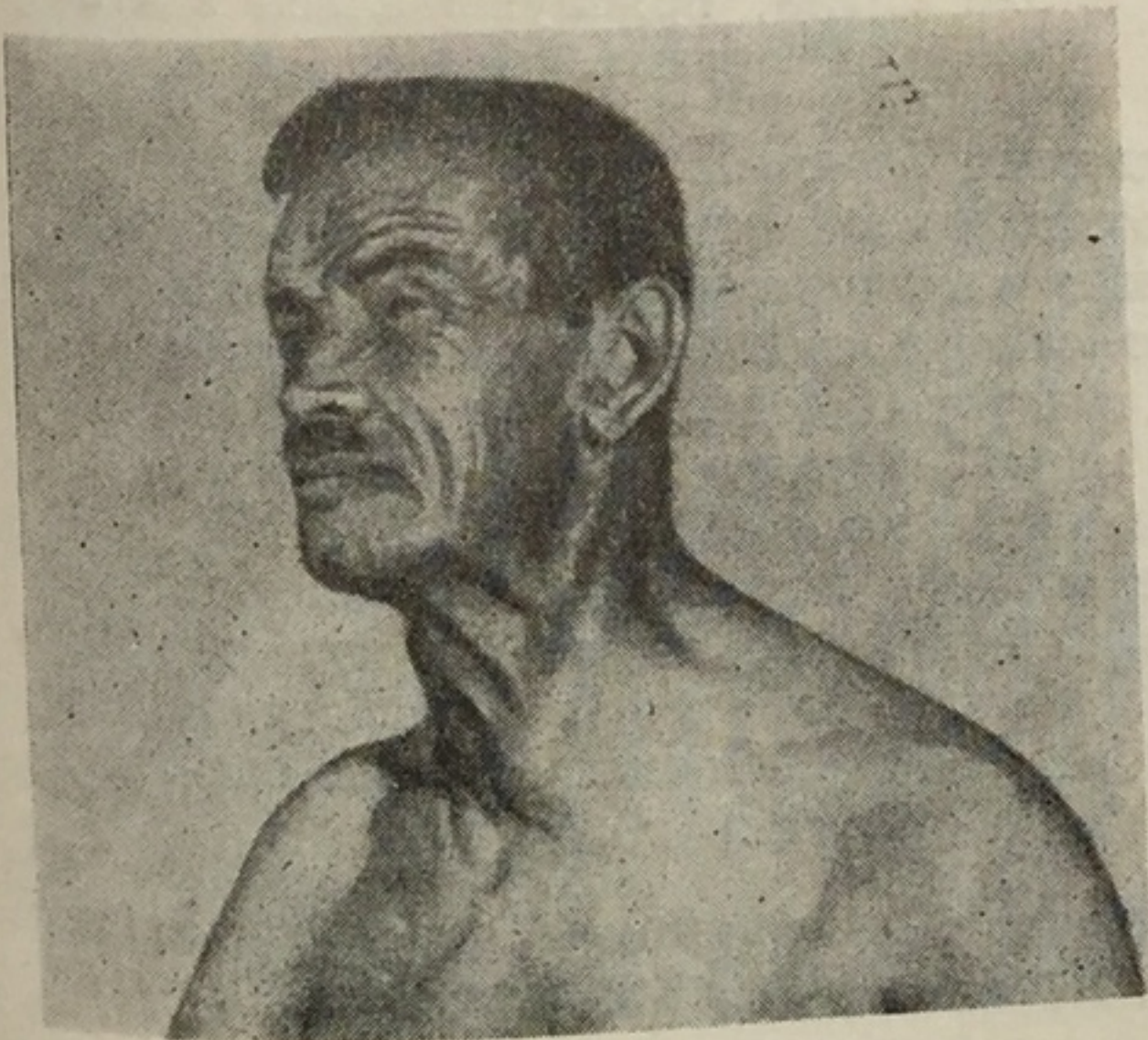
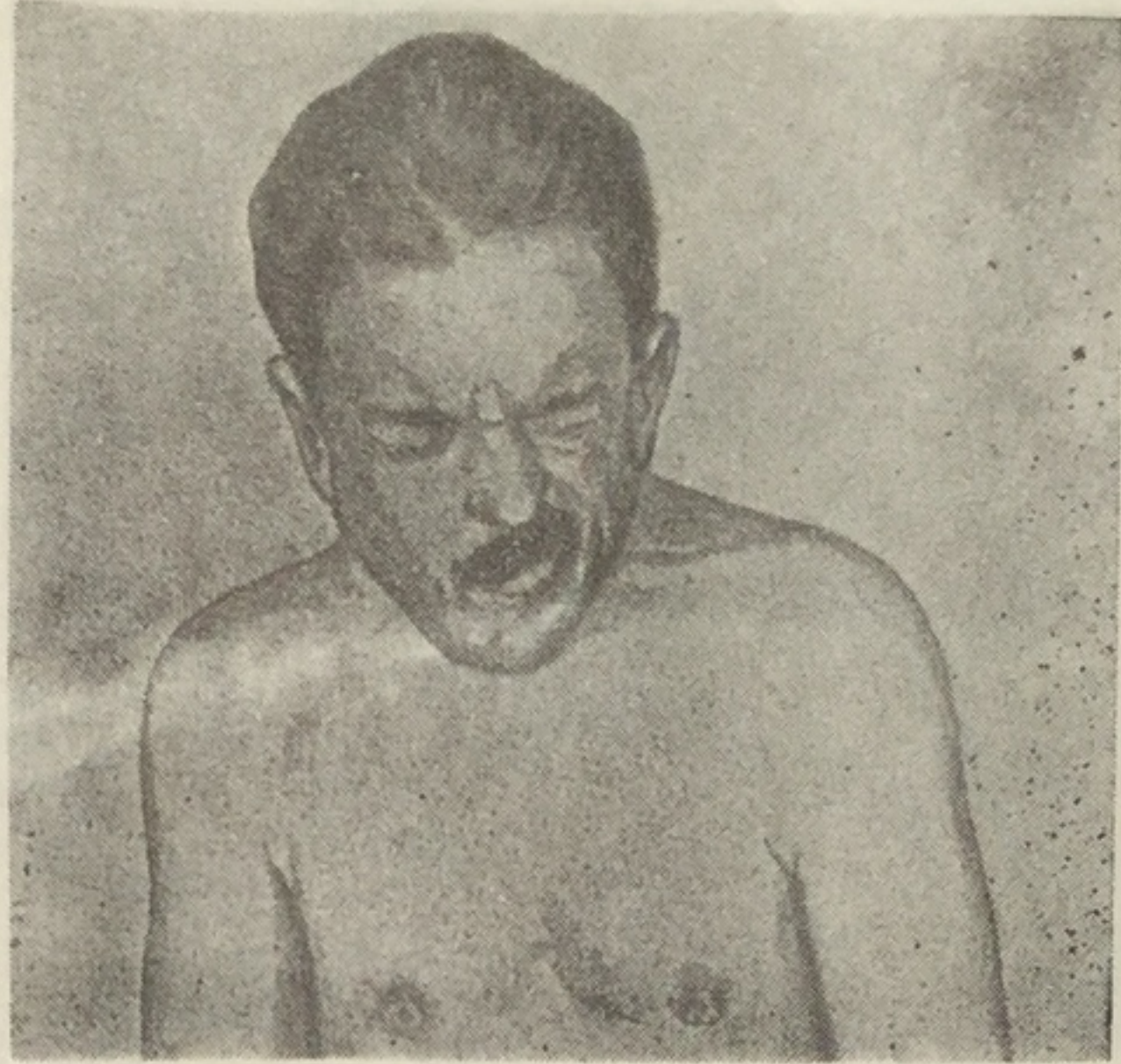
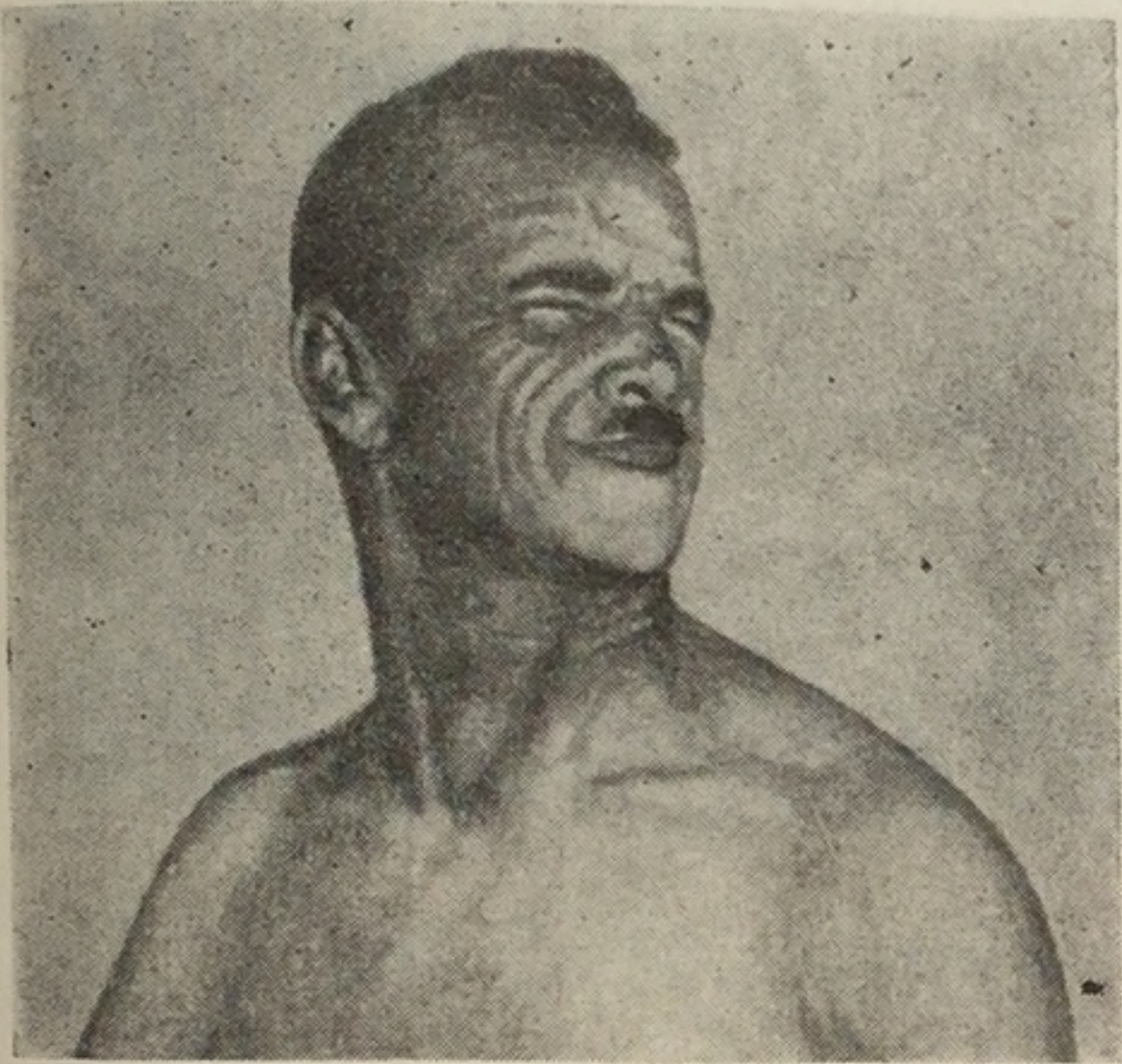


Рис. 203—206. Гримасничание (кинематограмма). Там же, Кататонические расстройства, А. Бострем (А. Bostroem).



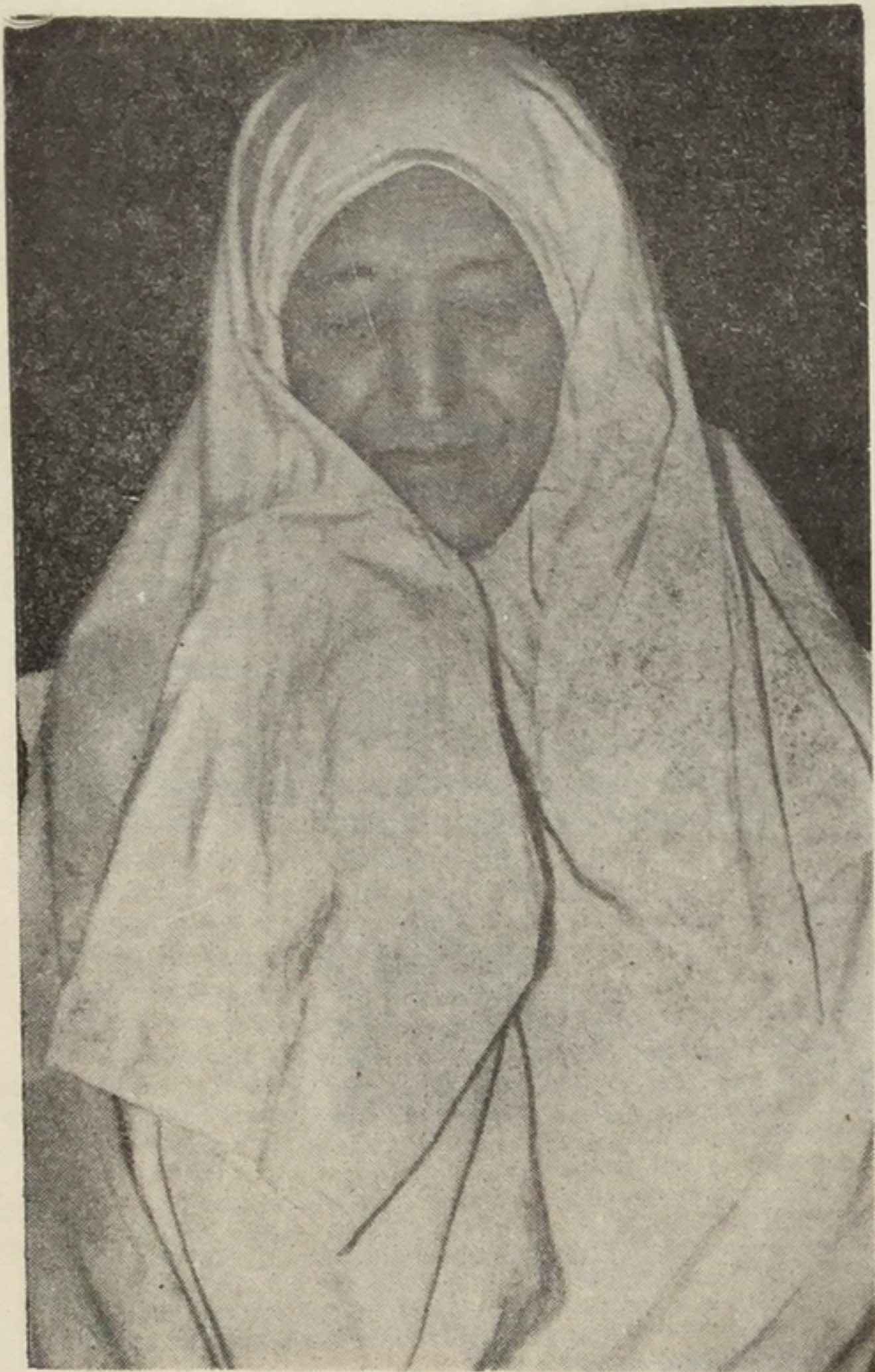


Рис. 207—209. Больная П., 48 лет. Шизофрения. Стереотипные позы.



Заболела в возрасте 37 лет. Изменилось поведение, грозила расправой родственникам, высказывала бредовые идеи преследования, воздействия, слышала «голоса» устрашающего содержания.

После лечения в психиатрической больнице выписалась домой.

Вскоре состояние ухудшилось: испытывала страх, высказывала бредовые идеи воздействия (отравления), отношения. Была агрессивна, плохо спала, прислушивалась к «голосам».

Последние 5 лет находится в больнице. Ко времени фотосъемки: апатична, недоступна. Слуховые галлюцинации. Речь разорвана, говорит сама с собой, выкрикивает нелепые фразы, в которых содержатся отрывочные бредовые идеи — «режут детей», «люди горят». Немотивированно улыбается. Принимает вычурные позы, в которых может находиться часами. Неопрятна мочой, иногда калом. Носит рубашку (халат, простыню, одеяло) на голове в виде капюшона. Ест под одеялом, укрывшись с головой.

В физическом состоянии не обнаруживается грубых патологических изменений.

Заболе  
ния. Лечил  
своими обя  
В дальнейш

Во время

При рентге  
изменений  
мечено. Фи

Рис. 212. Б

Заболела в  
травмы. До  
личалась т  
ностью, был  
Неоднократ  
больнице, н  
пенно стала  
различна к  
еды, бросила  
Во время ф  
ные ипохон  
цинично бра  
накрывает  
высказывани  
са, не соот  
Физическое  
бораторные  
крови, реак  
откло



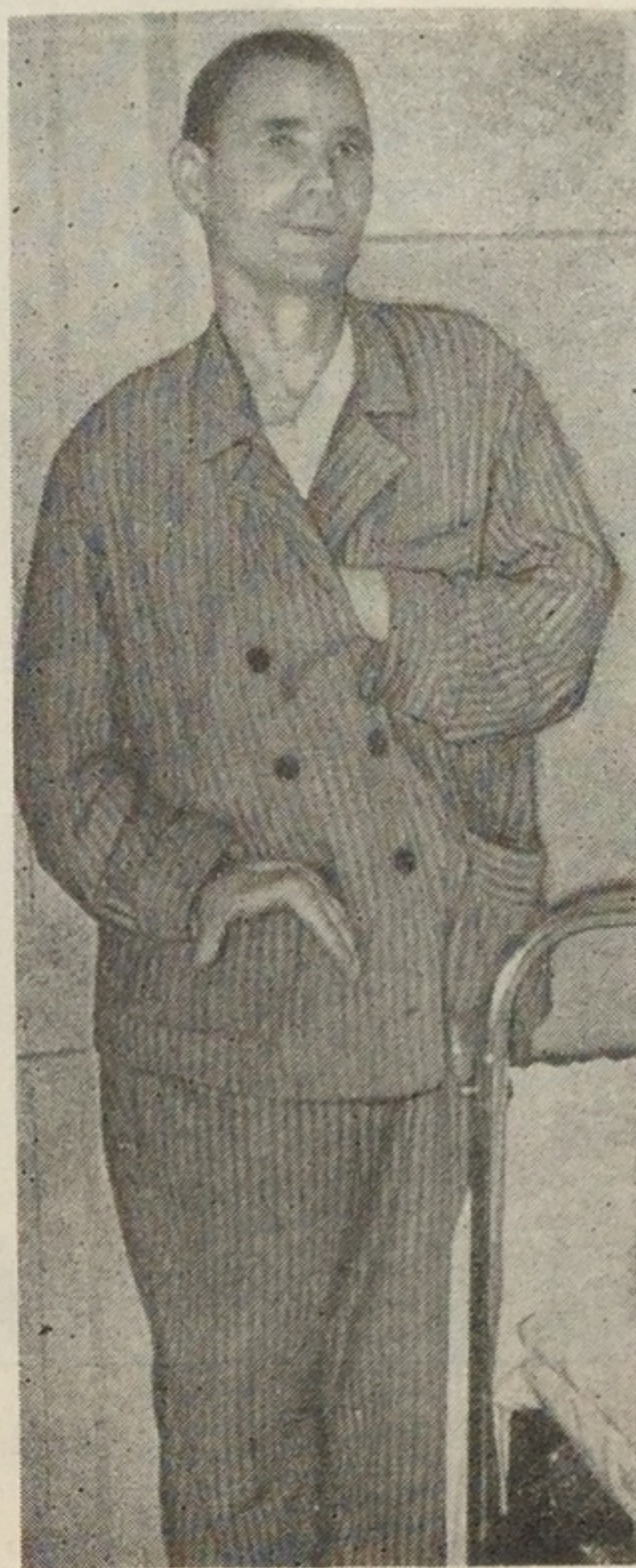


Рис. 210, 211. Больной П., 47 лет. Шизофрения. Стереотипные позы.

Заболел в 1949 г. После неприятностей по службе наблюдалось состояние возбуждения. Лечился более месяца в психиатрическом стационаре. Приступил к работе, но со своими обязанностями справлялся плохо, был подозрителен, писал странные рапорты. В дальнейшем неоднократно поступал в психиатрическую больницу в ступорозном состоянии. Лечение без стойкого эффекта.

Во время фотосъемки больной недоступен, принимает манерно-вычурные, стереотипные позы, негативистичен, импульсивен, эмоционально туп, манерен.

При рентгенологическом исследовании костей и суставов правой кисти патологических изменений не обнаружено. Атрофических явлений со стороны мышц правой кисти не отмечено. Физическое состояние больного без видимых отклонений от нормы. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Рис. 212. Больная К., 21 год. Шизофрения. Стереотипные позы.

Заболела в возрасте 19 лет после психической травмы. До заболевания училась, работала, отличалась трудолюбием, мягкостью, доступностью, была нежна с близкими, имела друзей. Неоднократно лечилась в психиатрической больнице, но без достаточного эффекта. Постепенно стала груба, цинична, недоступна, безразлична к окружающему; отказывалась от еды, бросила работу, стала ненавидеть мать. Во время фотосъемки: высказывает отрывочные ипохондрические идеи, гримасничает, цинично бранится, нелепо смеется. Аутична, накрывает голову одеялом, мало доступна; высказывания часто не по существу вопроса, не соответствуют изменению обстановки. Физическое состояние больной, включая лабораторные исследования (анализы мочи, крови, реакция Вассермана), патологических отклонений не обнаруживает.





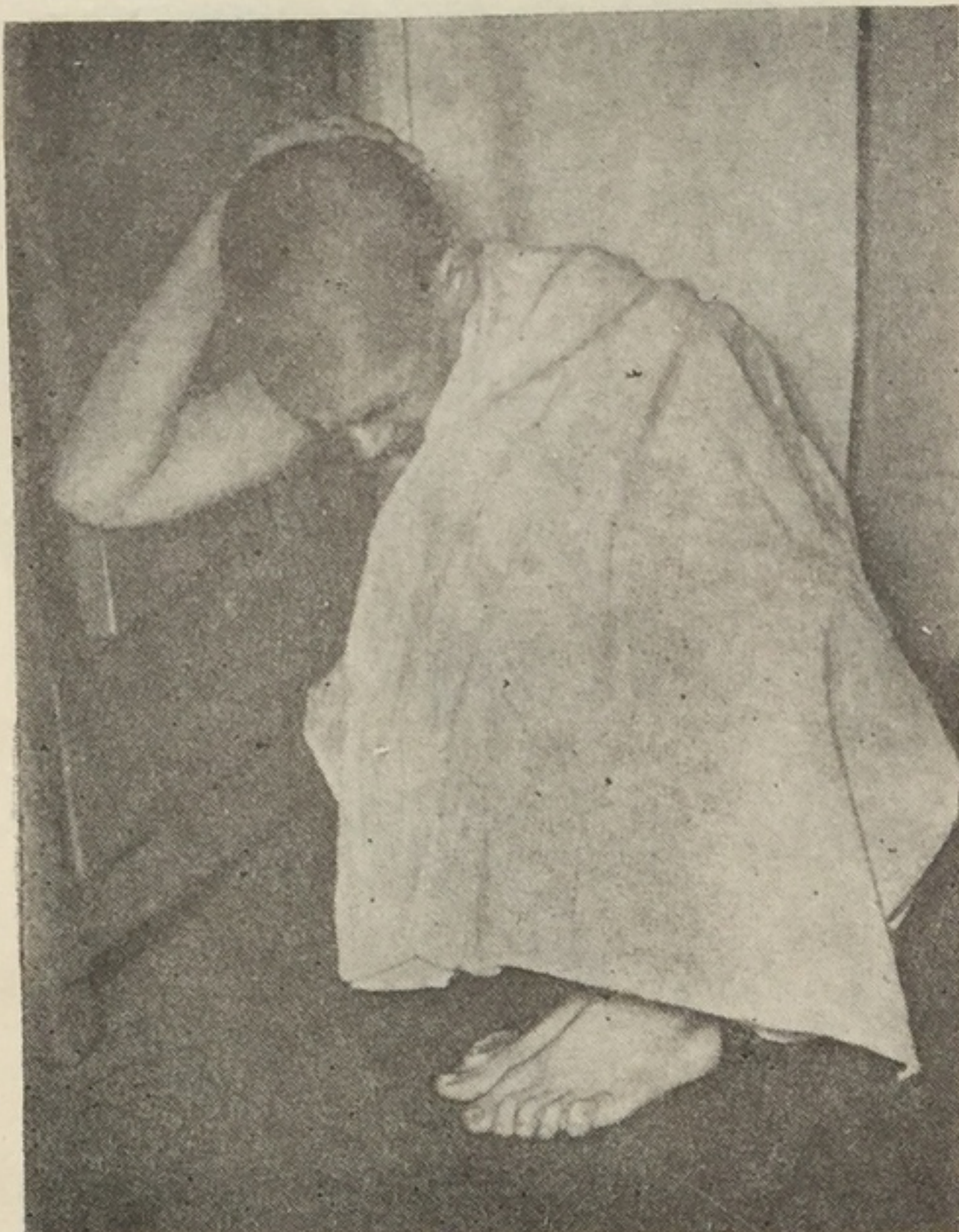


Рис. 213. Больная А., 46 лет. Шизофрения. Стереотипные позы.

Заболела в возрасте 36 лет после психической травмы: плакала, не спала, уходила из дома, где-то бродила, пыталась отравиться.

В больнице — слуховые галлюцинации, малодоступна, безынициативна, негативистична.

Во время фотосъемки: недоступна, постоянно находится в однообразно-вычурной позе — на корточках, полностью накрывшись одеялом; сопротивляется осмотру, мутична, апатична, негативистична, кормится через зонд. Сомато-неврологическое состояние в норме. Лабораторные исследования (анализы мочи, крови, рентгенологическое исследование, реакция Вассермана) без особенных отклонений от нормы.

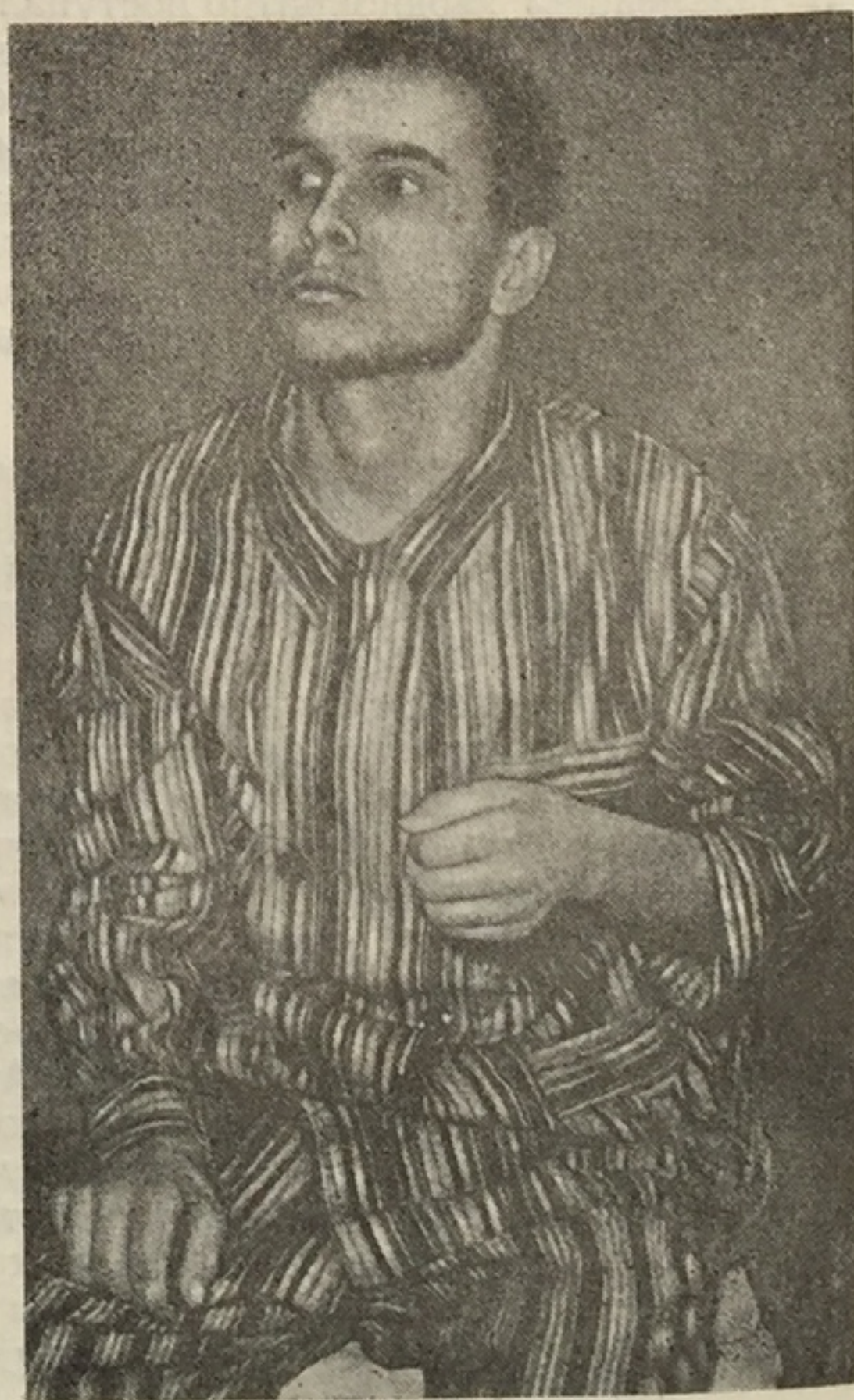


Рис. 214. Больной Е. Шизофрения. Стереотипные позы. Историю болезни см. на стр. 159.

Болен 12  
Ко време  
Бывает и  
Ф.

Заболела  
вала трев  
ывалась  
Во время  
Со сторон



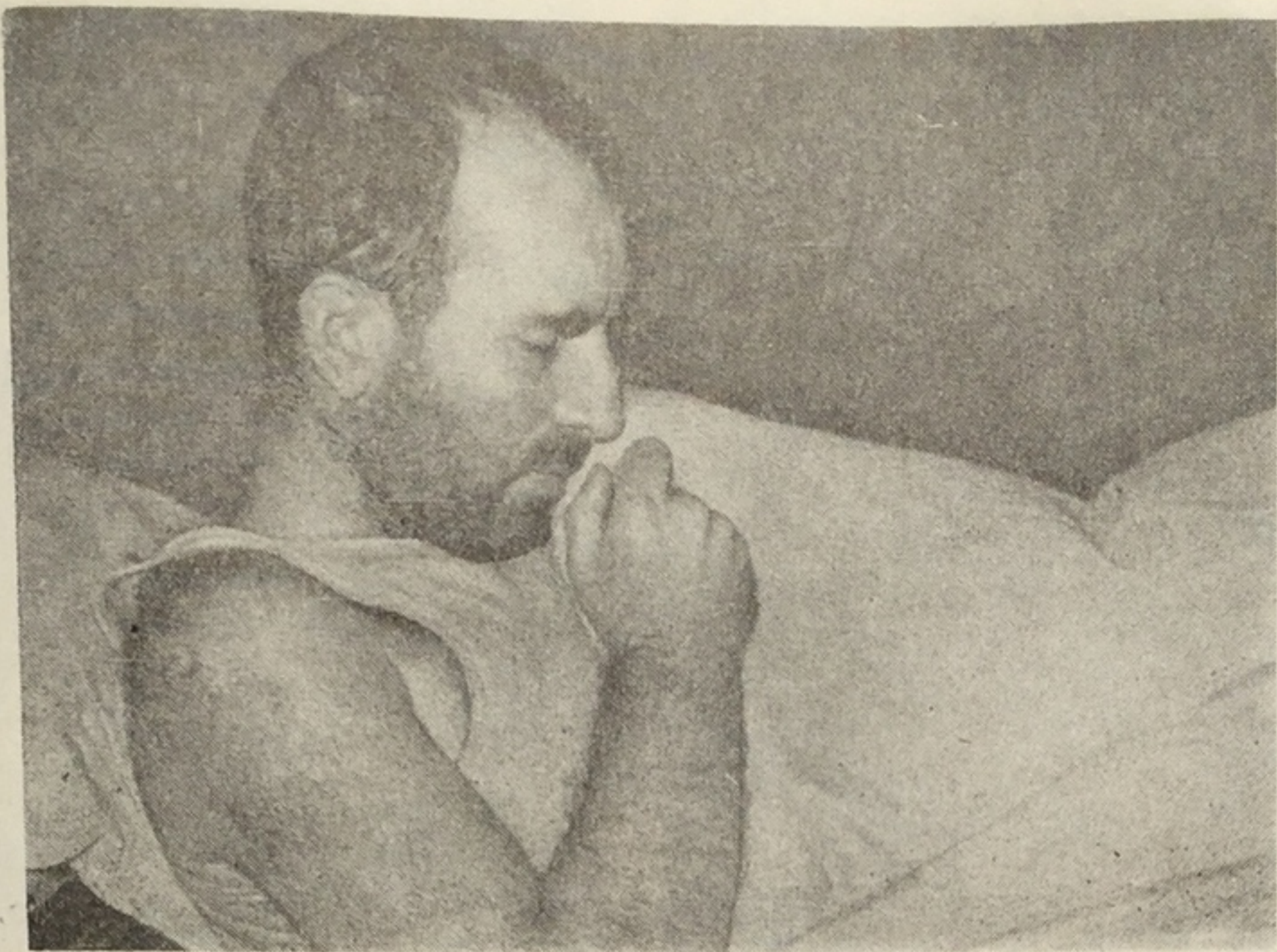


Рис. 215. Больной Ш., 35 лет. Шизофрения. Ступорозное состояние.

Болен 12 лет. Лечился в психиатрической больнице неоднократно, ремиссии нестойкие. Ко времени фотографирования больной лежит в однообразной позе. Эмоционально туп. Бывает импульсивен, агрессивен. Негативистичен. Иногда внезапно произносит серию непонятных фраз, внезапно умолкает. Начав фразу, не заканчивает ее. Физическое состояние не обнаруживает грубых патологических изменений.



Рис. 216. Больная К., 48 лет. Шизофрения. Ступорозное состояние.

Заболела в возрасте 41 года. Начала утверждать, что больна раком, плохо спала, испытывала тревогу, страх, слуховые галлюцинации, высказывала мысли о самоубийстве, отказывалась от еды. Затем развилось состояние кататонического ступора. Апатична. Мутична. Во время фотосъемки: состояние кататонического ступора. «Сальное» лицо, вычурная поза, симптом «хоботка», мутизм, негативизм. Со стороны соматического состояния, кроме глухости сердечных тонов — изменений нет.





Рис. 217. Больная Б. Шизофрения. Ступорозное состояние. Симптом «воздушной подушки». Историю болезни см. на стр. 161.

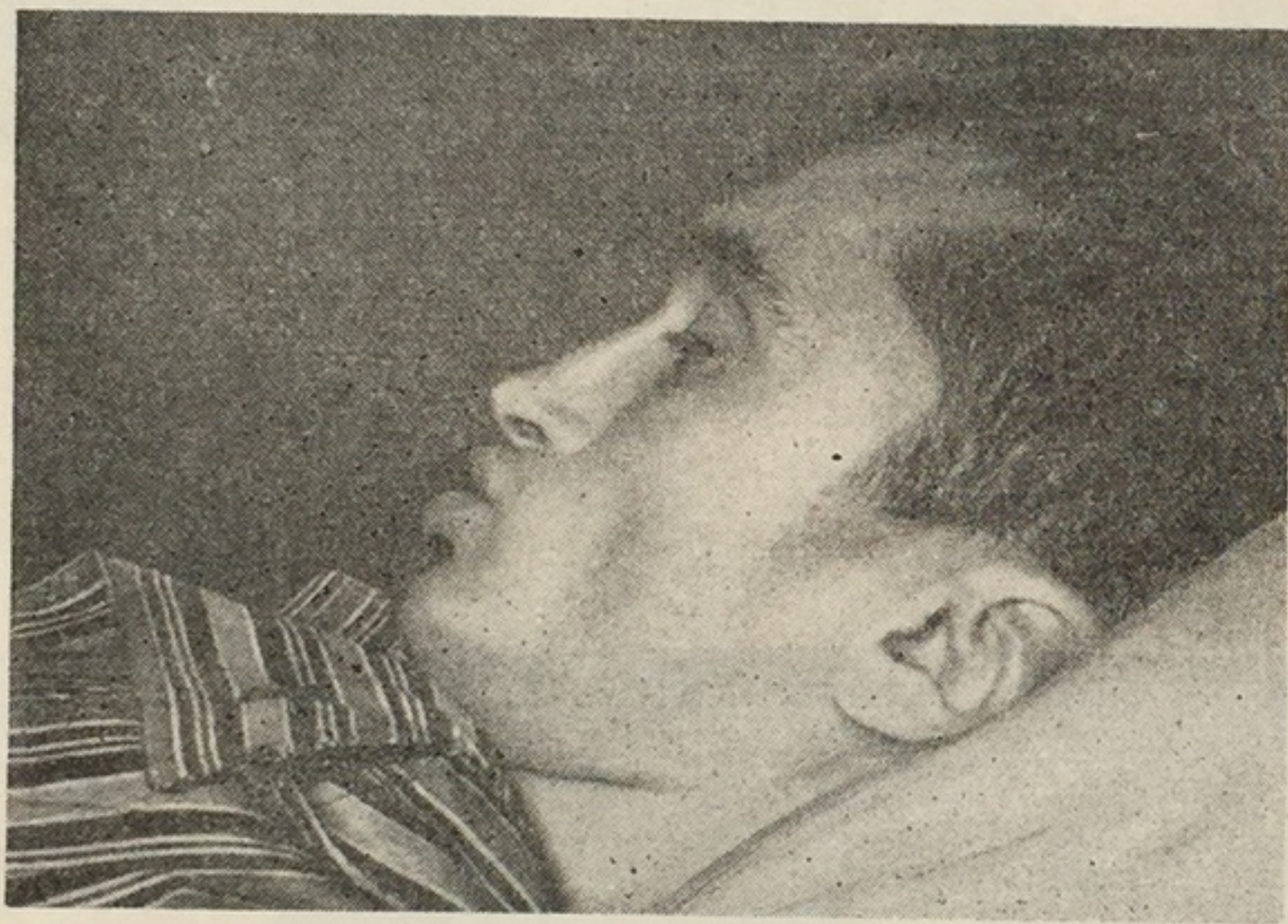


Рис. 218. Шизофрения. Кататоническая форма. Симптом «хоботка».

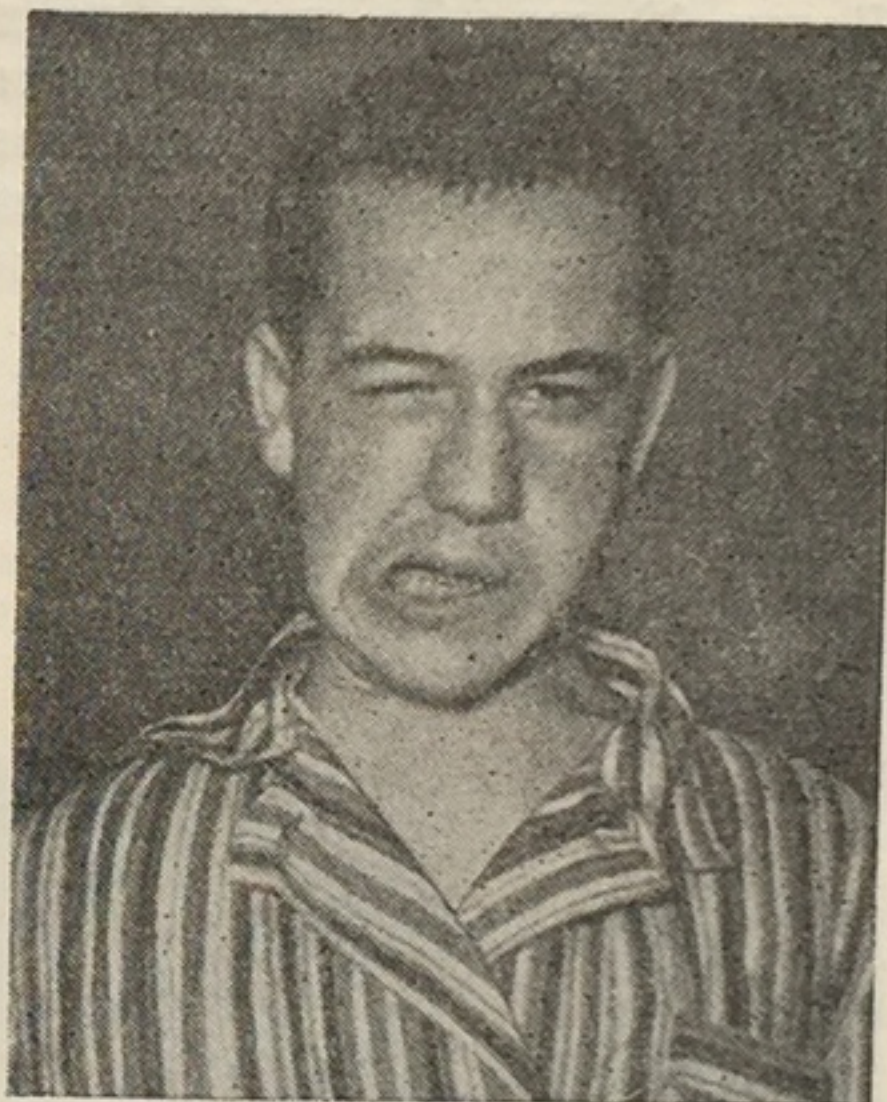


Рис. 219. Шизофрения. Кататонические расстройства. Гримасничество.

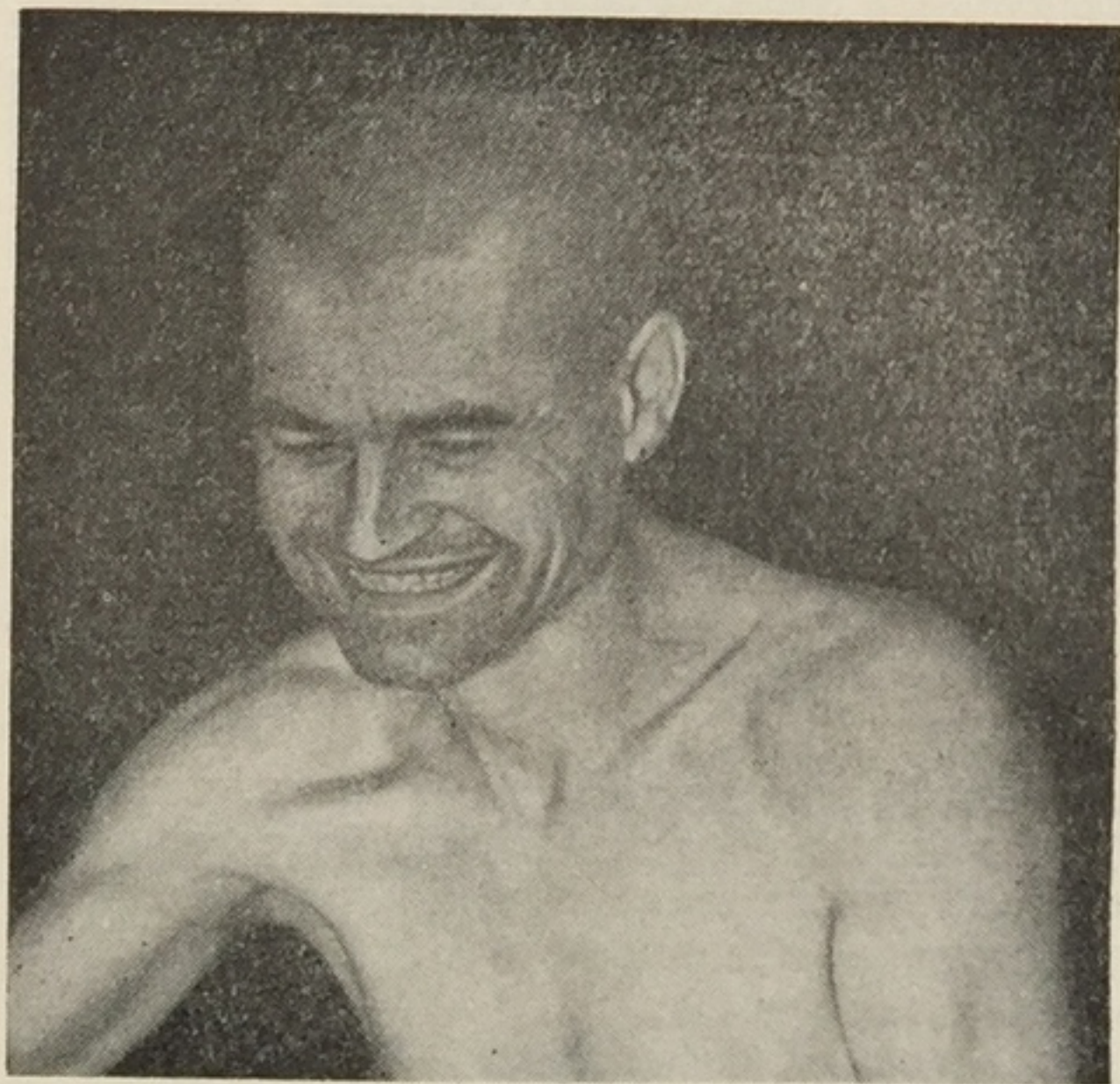


Рис. 220. Больной Т., 32 лет. Шизофрения. Кататоническая форма. Гримасничество.

Болен полгода. Сделался замкнутым, лежал подолгу в постели, укрывшись с головой одеялом, немотированно улыбался, был негативистичным, отказывался от пищи, гримасничал, иногда затыкал уши ватой. В больницу поступил в состоянии речевого возбуждения. Речь разорвана, с отрывочными бредовыми идеями преследования. Прислушивается к чему-то, разговаривает с «голосами». Во время фотосъемки гримасничает, вычурно жестикулирует. Сомато-неврологическое состояние без особых отклонений (включая анализы мочи, крови, реакцию Вассермана, рентгенологическое исследование).



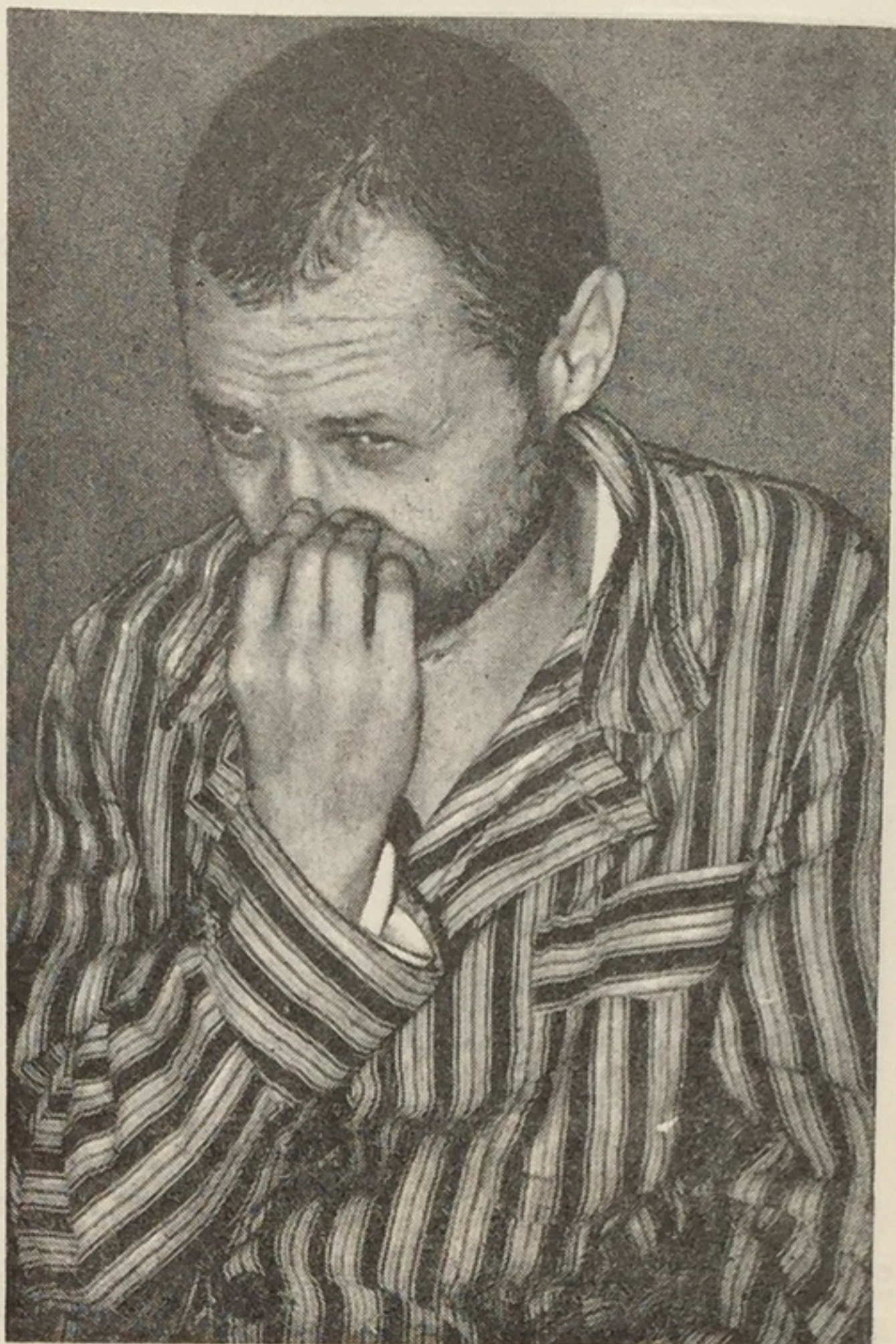


Рис. 221—223. Больной К., 38 лет. Шизофрения. Манерность, гримасничество, тоническое сокращение мышц лба.

Заболеет в возрасте 25 лет. Уединялся, отказывался от еды, полагал, что в пищу «подсыпают отравляющие порошки». Под влиянием бреда и галлюцинаций совершил суицидальную попытку — нанес себе серьезное ранение шеи с повреждением трахеи. В больнице непрерывно находится 8 лет. Апатичен, периодически на лице появляется одна и та же гримаса: больной вскрикивает, что-то бормочет, подергивает головой.

Во время фотосъемки больной недоступен, апатичен, гримасничает, игнорирует окружающую обстановку. На шее — трахеотомическое отверстие. В остальном физическое состояние без особенностей.



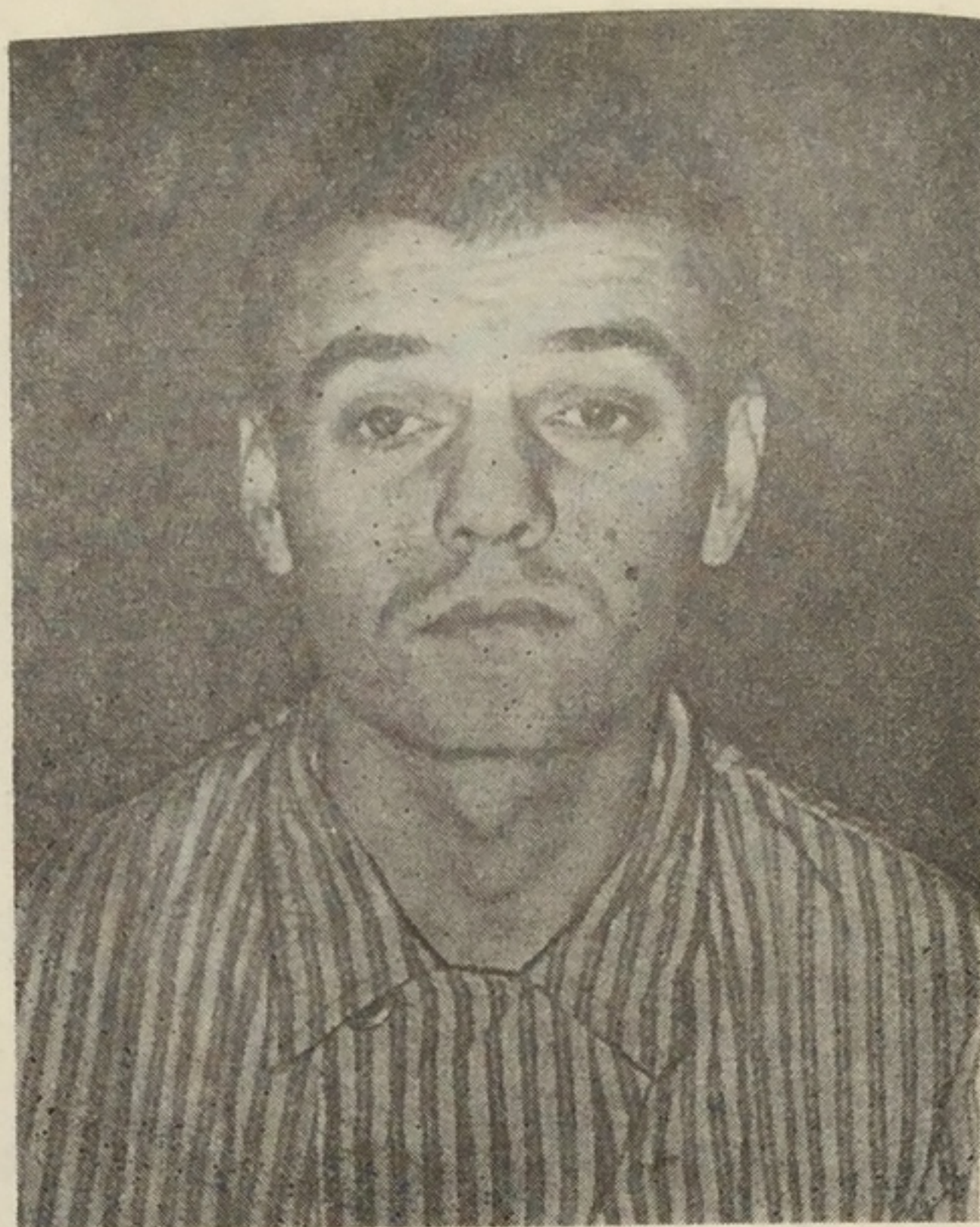
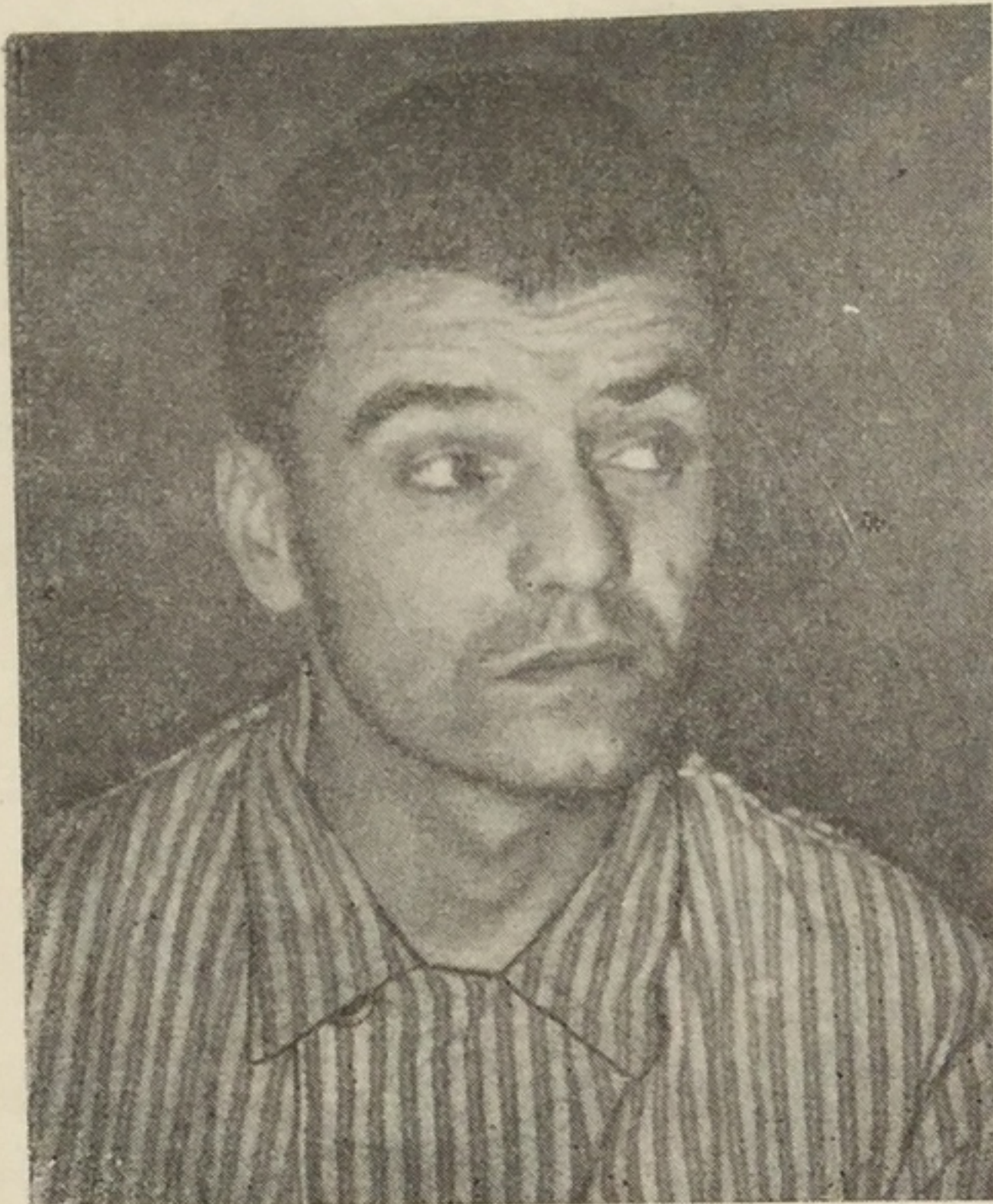


Рис. 224, 225. Больной К., 23 лет. Шизофрения. Апатическое слабоумие. Тоническое сокращение мышц лба.

Заболев в возрасте 18 лет: оставил учебу, замкнулся в себе, уединялся, писал нелепые письма, высказывал бредовые идеи отношения, стал грубым, агрессивным. 5 лет находится в больнице. Инсулинотерапия, электроконвульсивная терапия, аминазинотерапия — без положительного результата. Во время фотографирования больной обнаруживает эмоциональное оупение, глубокие апатические изменения, недоступен контакту, большую часть времени находится в постели, неопрятен, импульсивен. Сомато-неврологическое состояние, лабораторные данные, включая реакцию Вассермана, анализы мочи и крови, рентгеноскопию органов грудной клетки, без заметных отклонений.



Рис. 226. Больной М., 32 лет. Шизофрения, Апатическое слабоумие. Тоническое сокращение мышц лба.

Болен 9 лет. Безуспешно многократно лечился в психиатрической больнице. Во время фотосъемки: глубокие апатические изменения. Недоступен, ни с кем не общается, находится больше в постели, лежа на спине, при обращении к нему голову не поворачивает. Высказывает отрывочные, нелепые ипохондрические идеи: заявляет, что видит в своих легких и в животе вспышки красного света. Физическое состояние, в том числе данные лабораторных исследований, без особенностей.

Рис. 227. Бо  
Апатическое

Болен 9 лет  
дебное отно  
тые поступк  
ваться от эл  
дохраниться  
Считал, что

За время бол  
после комб  
аминазином  
хиатрическу  
возбуждени  
степенно у  
ческие изме  
фотосъемки  
лабораторны

посещает



Рис. 227. Больной Ш., 32 лет. Шизофрения. Апатическое слабоумие. Тоническое сокращение мышц лба.

Болен 9 лет. Появились подозрительность, враждебное отношение к родным. Совершал нелепые поступки. Говорил, что нужно изолироваться от электрических лампочек, чтобы предохраниться от их какого-то особого влияния. Считал, что над ним производят «опыты». Были слуховые галлюцинации.

За время болезни выписывался домой один раз после комбинированного лечения инсулином и аминазином. Через 2,5 мес. поступил вновь в психиатрическую больницу в связи с двигательным возбуждением, агрессивными стремлениями. Постепенно у больного развились глубокие апатические изменения, что и наблюдалось во время фотосъемки. Физическое состояние (включая лабораторные исследования) без грубых патологических изменений.

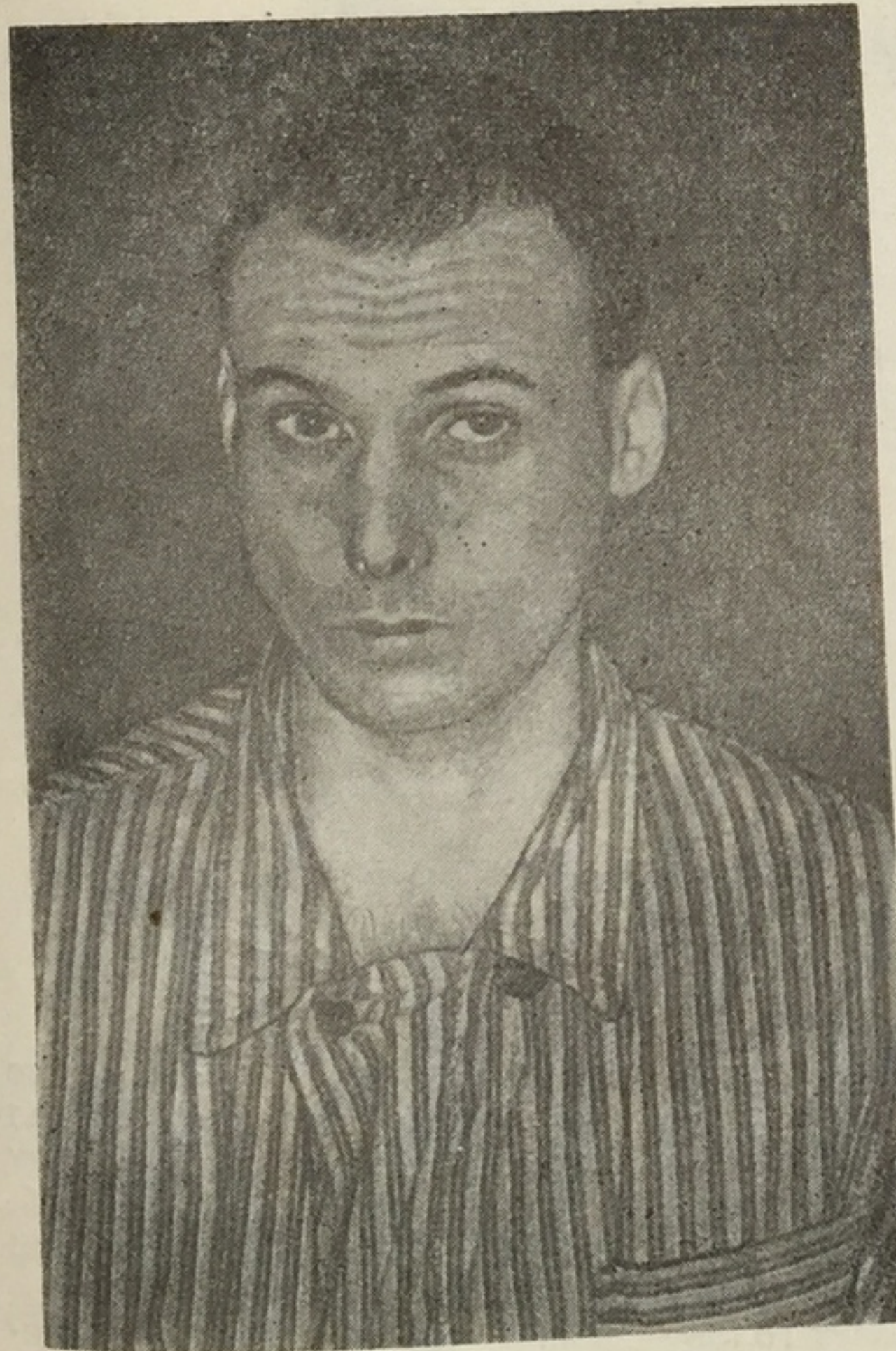
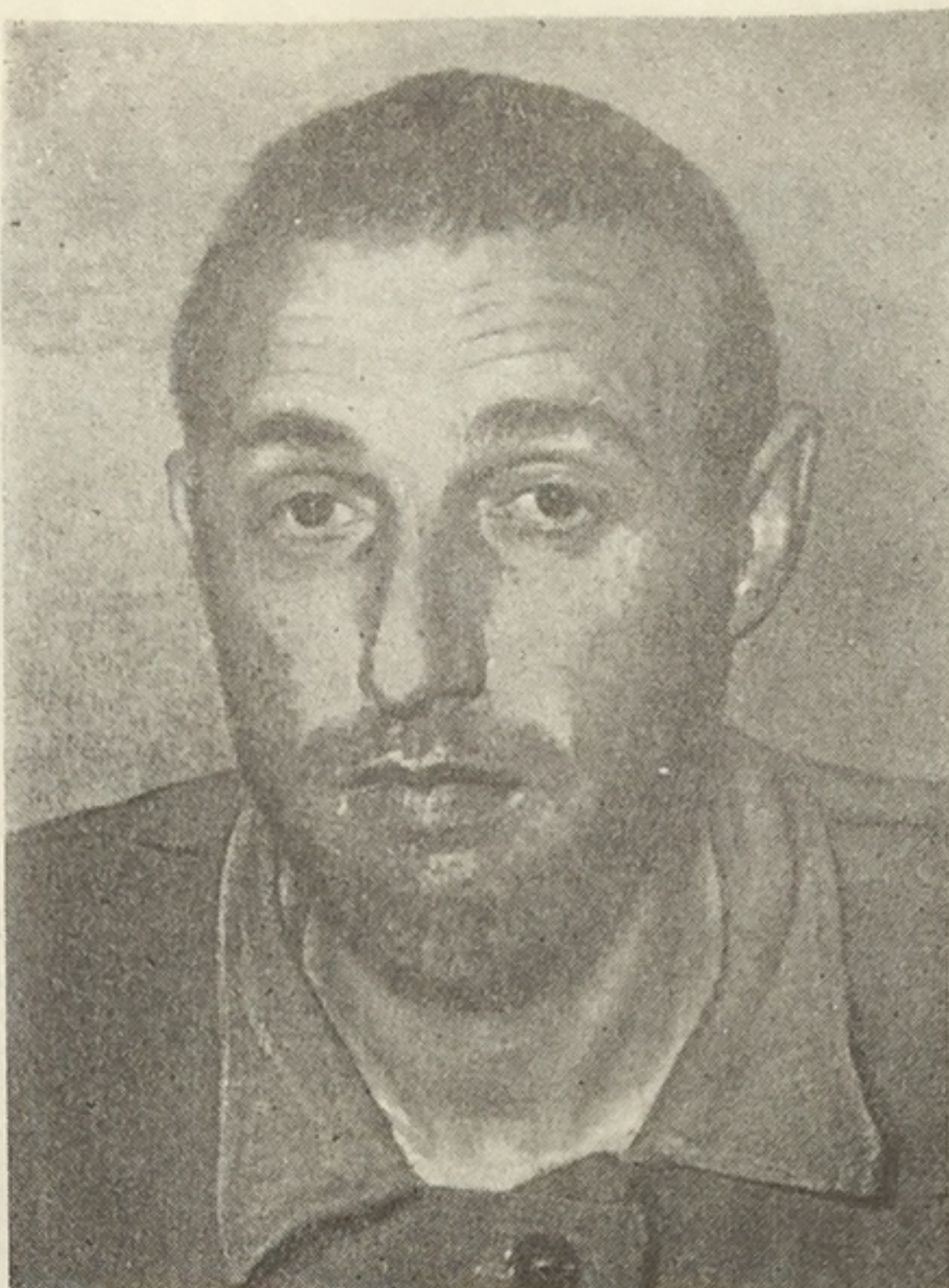


Рис. 228. Больной Ш., 29 лет. Шизофрения. Апатическое слабоумие. Тоническое сокращение мышц лба.

Заболел в возрасте 21 года. Появились сильные головные боли «распирающего» характера. Чувствовал себя изменившимся, окружающий мир поблек, казался не таким, как раньше. Появились бессонница, раздражительность, замкнутость, безразличие к окружающему, слуховые и зрительные галлюцинации, «разорванная» речь. Лечился несколько месяцев в психиатрической больнице. Выписался с улучшением. Продолжал учебу.

Через год заболевание обострилось. Под влиянием императивных галлюцинаций перестал есть, отправлять естественные надобности. В больницу был доставлен в состоянии кататонического ступора, периодически сменявшегося состоянием кататонического возбуждения, импульсивными действиями, гримасничеством. Активные методы лечения не применялись ввиду обострений хронического правостороннего отита. В течение 5 лет находится в психиатрической больнице.

Во время фотосъемки: формально доступен, апатичен, стереотипно гримасничает, немотивированно смеется, на корточках подолгу просиживает в углу палаты или ходит, манерно-вычурно вытянувшись—руки «по швам». Временами импульсивно агрессивен. Иногда

посещает лечебно-производственные мастерские, где выполняет несложные работы. Соматоневрологическое состояние без особенностей.





Рис. 229. Больная Л., 33 лет. Шизофрения. Пропфебегения.

С раннего возраста стала отставать в развитии. Училась плохо. Заболела в возрасте 28 лет — закрылась в своей комнате, так как «слышала», как соседка угрожала убить ее.

В больнице: отрывочные бредовые идеи преследования, слуховые галлюцинации угрожающего содержания; отдельные, непостоянные кататонические симптомы, состояние возбуждения с агрессивностью.

В настоящее время слабоумна, речь скудна, разорвана, нелепый смех, импульсивность. У больной «башенный» череп. В сомато-неврологическом состоянии грубых отклонений не определяется.

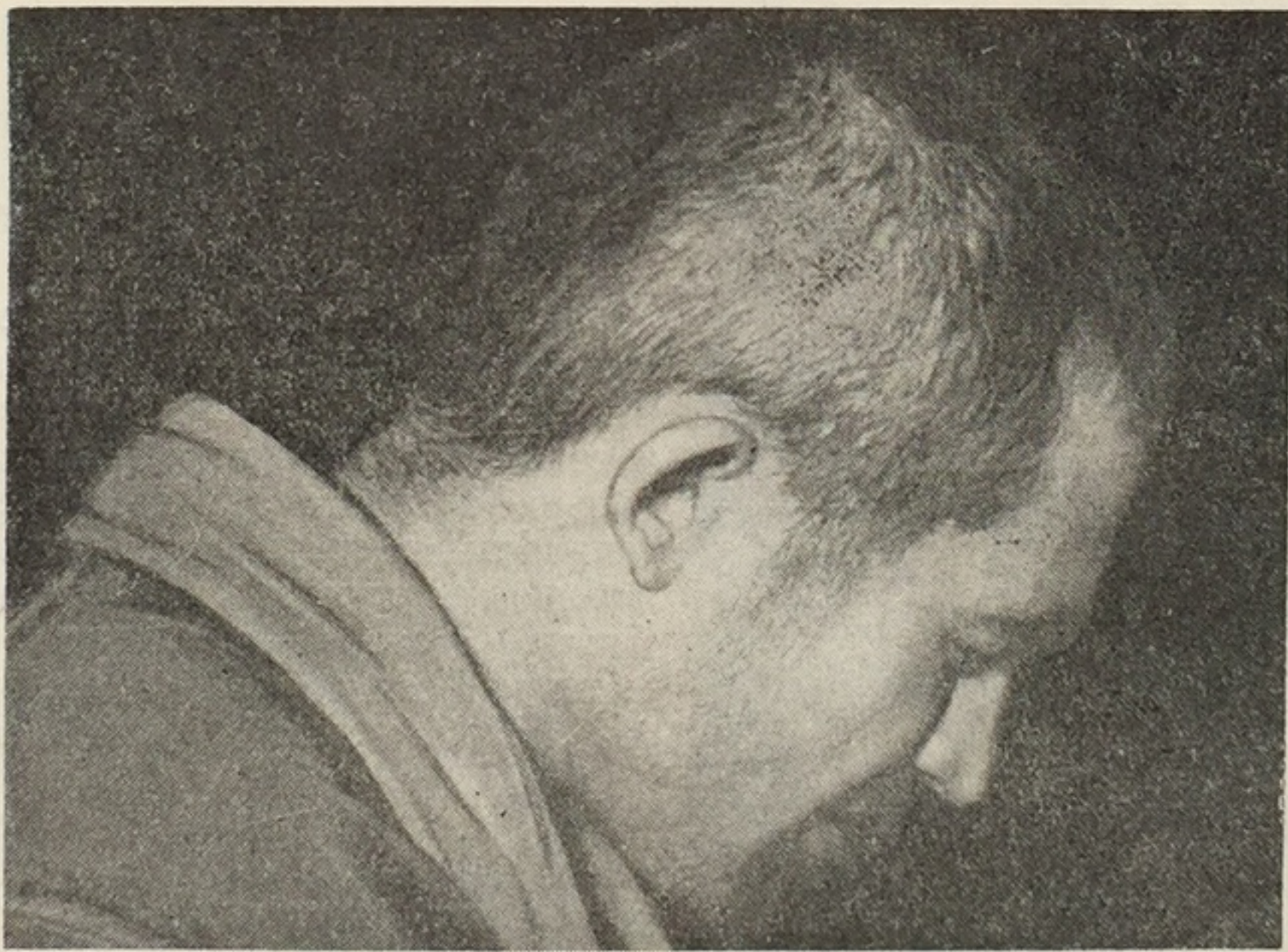


Рис. 230. Больной Б., 34 лет. Шизофрения. Трихотилломания — облысение вследствие стереотипного вырывания волос на голове (недостаток ухода и надзора).

В детстве перенес ушиб головы. До 6 лет страдал энурезом. В зрелом возрасте злоупотреблял алкоголем. Заболел в возрасте 25 лет. Зимой ушел из дома босиком, бродил где-то, отморозил пальцы ног. В районной больнице, куда был госпитализирован по поводу отморожения, не спал, стремился бежать, чего-то боялся. В психиатрической больнице обнаруживал правильную ориентировку в месте, времени, в себе. Пассивен, речь разорвана; к помещению в больницу безразличен.

Во время фотосъемки: апатичен, недоступен, мажет голову слюной, калом, часто немотивированно смеется, ползает на четвереньках. Эхоталия, эхопраксия.

В физическом состоянии, кроме старых следов отморожения 1—2—3 пальцев правой стопы, грубых патологических изменений не отмечается.

Рис. 231. Пациент. Самоповреждение ногтями ку...

Болен 9 лет. Витальность, откровенно истощился. Был активен, удавалось постоянно. Был импульсивным к агрессивности. Высказывалась слеза. «Жизнь», «жизнь» «останавливается». Разорвана. Беркулез. Прибавил апатический. В течение 5 лет. Тями, вырванных частях. После нанесения. На коже и свежие сердца гл. зическом...



Рис. 231. Больной Б., 30 лет. Шизофрения. Самоповреждения путем вырывания ногтями кусочков кожи (недостаток ухода и надзора).

Болен 9 лет. Заявлял, что его хотят отравить, отказывался от еды, физически истощился, бросил работу. В больнице был активно негативистичен, с трудом удавалось кормление через зонд. Лежал, постоянно укрывшись одеялом с головой, был импульсивным, агрессивным, склонным к активным суицидальным актам. Высказывал ипохондрические идеи: «кожа слезает с тела», «холодеют руки и ноги», «живот переворачивается влево», «останавливается сердце» и т. п. Речь разорвана. Перенес инфильтративный туберкулез легких. Стал прожорлив, резко прибавил в весе. Наступили глубокие апатические изменения. В течение последних 5 лет наносит самоповреждения ногтями, вырывая кусочки кожи на различных частях тела. Больной сфотографирован после нанесения самоповреждений на коже. На коже груди, рук, шеи, лица старые и свежие следы самоповреждений. Тоны сердца глухие. Других изменений в физическом состоянии больного не выявлено (включая анализы мочи, крови, рентгенологическое исследование, реакцию Вассермана).

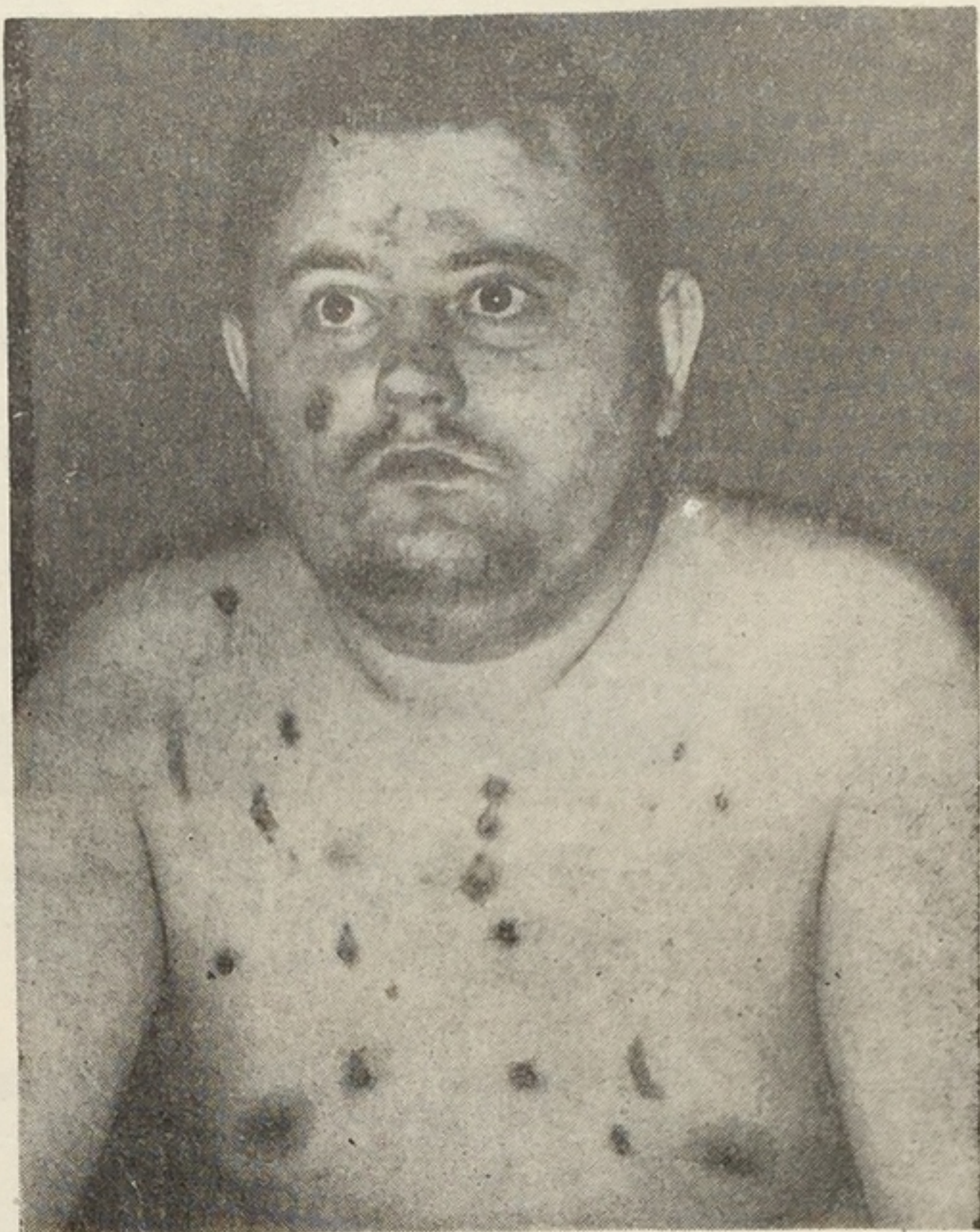


Рис. 232. Шизофрения. Группа больных.





Рис. 233. Шизофрения. Группа больных. О. Бумке (Oswald Bumke). Учебник психиатрии. 1927.

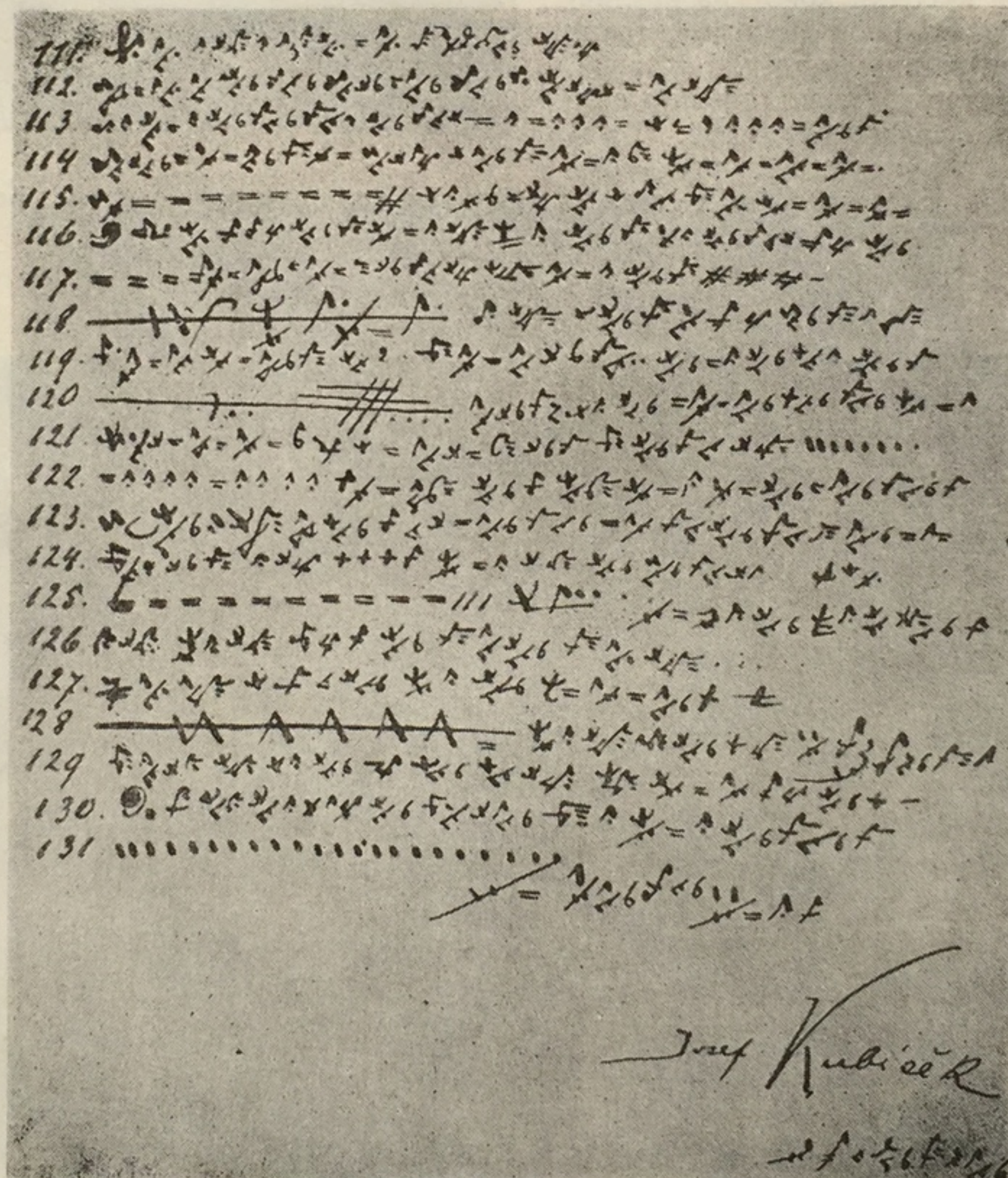


Рис. 234. Изображение изобретенного больным шизофренией шрифта для письма. Аутистическое письмо. В Хлопицкий, Я. Ольбрихт (Wladyslaw Chlopicki, Jan Olbrycht). Отображение в письме психических расстройств. Варшава. 1959.



### ЦИРКУЛЯРНЫЙ ПСИХОЗ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ

Заболевание, развивающееся на фоне определенных свойств личности и в классических случаях выражающееся в периодическом повторении возникающих спонтанно или спровоцированных какой-либо видимой причиной приступов маниакальных либо меланхолических состояний, в конце которых устанавливается у больного состояние, бывшее до приступа, т. е. состояние выздоровления. Длительные приступы сдвигов настроения либо в сторону повышенного настроения, возбуждения, либо в сторону угнетения, тоскливого, подавленного настроения, заканчивающегося полным выздоровлением. Циркулярный психоз описан в 1852 году Фальре. В 1899 году Крепелин в 6-м издании своего учебника дал циркулярному психозу название маниакально-депрессивного психоза. Клиническая картина маниакального приступа (рис. 237, 241—247, 249, 251, 253, 254) складывается из триады симптомов: 1) повышенного настроения, 2) умственно-речевого возбуждения, 3) двигательного возбуждения. Добавочными симптомами являются: повышенная самооценка, иногда с развитием бредовых идей величия, повышенная отвлекаемость, жажда деятельности, общее повышение жизни влечений, эротизм. Клиническая картина меланхолически-депрессивного приступа (рис. 235, 236, 239, 240, 248, 250, 252) складывается из триады симптомов: 1) пониженного, подавленного, тоскливого настроения, 2) умственно-речевого торможения, 3) двигательного торможения, в выраженных случаях доходящего до степени меланхолического ступора. Добавочными симптомами являются: бредовые идеи самообвинения с суицидальными тенденциями, суточное колебание состояния с улучшением самочувствия больных к вечеру и ухудшением по утрам, предсердечная тоска, учащение пульса, расширение зрачков, запоры, падение веса, у женщин — расстройство менструаций. В течение меланхолически-депрессивного приступа могут наблюдаться приступы так называемого меланхолического буйства (*raptus melancholicus*).

Третьим видом циркулярного, маниакально-депрессивного психоза является так называемое смешанное состояние — смешение отдельных частей триады — меланхолической и маниакальной, описанное Вейнгандом в 1899 г. Смешанные состояния — это синдромы циркулярного психоза, представляющие собой сочетание, смешение в структуре одного приступа черт мании и депрессии. Сюда относятся депрессия со скачкой идей или двигательным возбуждением, ажитированные меланхолии, маниакальный сту-



пор, в котором сочетаются повышено веселое настроение с общим заторможением, мания без интеллектуального возбуждения, в маниакальную триаду которой включено интеллектуальное торможение, гневная мания и другие возможные смешения. Возникновение смешанных состояний может быть в основном объяснено: 1) особенностями препсихотической личности. 2) присоединением психогений, либо непосредственно падающих на циркулярный приступ и извращающих его картину, либо провоцирующих приступ и оказывающих последующее влияние на клиническую картину приступа, либо оживляемых из содержания жизненного опыта пациента самим циркулярным приступом: 3) возрастными особенностями пациентов, 4) присоединяющимся органическим заболеванием, например мозговым артериосклерозом, сифилисом головного мозга и т. д., 5) общесоматическими изменениями — постинфекционной слабостью, истощением, во время которых развивается дебютирующий циркулярный психоз.

Длительность приступов циркулярного психоза в среднем занимает 4—6—9 месяцев. С возрастом приступы учащаются и затягиваются. При маниакальных и меланхолических приступах-фазах обнаруживается тенденция к повышению кровяного давления, более значительного у меланхоликов. Падение веса, наблюдающееся при мании и меланхолии, при меланхолически-депрессивном состоянии имеет значение показателя состояния и прогностического признака. В 40% случаев циркулярного психоза (по статистике Крепелина) наблюдается один приступ в жизни, в 35% случаев — приступы циркулярной смены маниакальной и меланхолической депрессивных фаз, в 19% — только меланхолические приступы, в 6% — только маниакальные приступы. Периоды, приступы циркулярного психоза также носят название фаз. По определению П. Б. Ганнушкина, фазой принято называть аутохтонные, т. е. без видимых, внешних поводов возникающие у психопатических личностей, непрогредиентные психотические приступы, в конце которых устанавливается состояние, имевшее место до начала приступа.

И. П. Павлов считал, что маниакально-депрессивный психоз развивается у людей сильного, неуравновешенного типа, у которых «...нет соответствующего умеряющего и восстанавливающего процесса, процесса торможения, его раздражительный процесс часто и чрезвычайно переходит за предел работоспособности клеток больших полушарий. Этим обуславливается нарушение правильной смены нормальной работы с нормальным отдыхом, проявляясь в крайних болезненных фазах возбужденного и тормозного состояния как в отношении их напряжения, так и их продолжительности».

В. П. Протопопов выдвинул концепцию, согласно которой в маниакальной фазе возбуждение иррадирует из таламической области, повышая тонус коры головного мозга, а в депрессивной фазе возбуждение в таламической области достигает таких степеней, когда наступает путем механизма отрицательной индукции торможение в коре головного мозга.



Рис. 236. Бо-  
мня. Де

Заболела за-  
лось тоскли-  
приятное ош-

Во время ф-  
движения не-  
себя неизлеч-  
физическо-



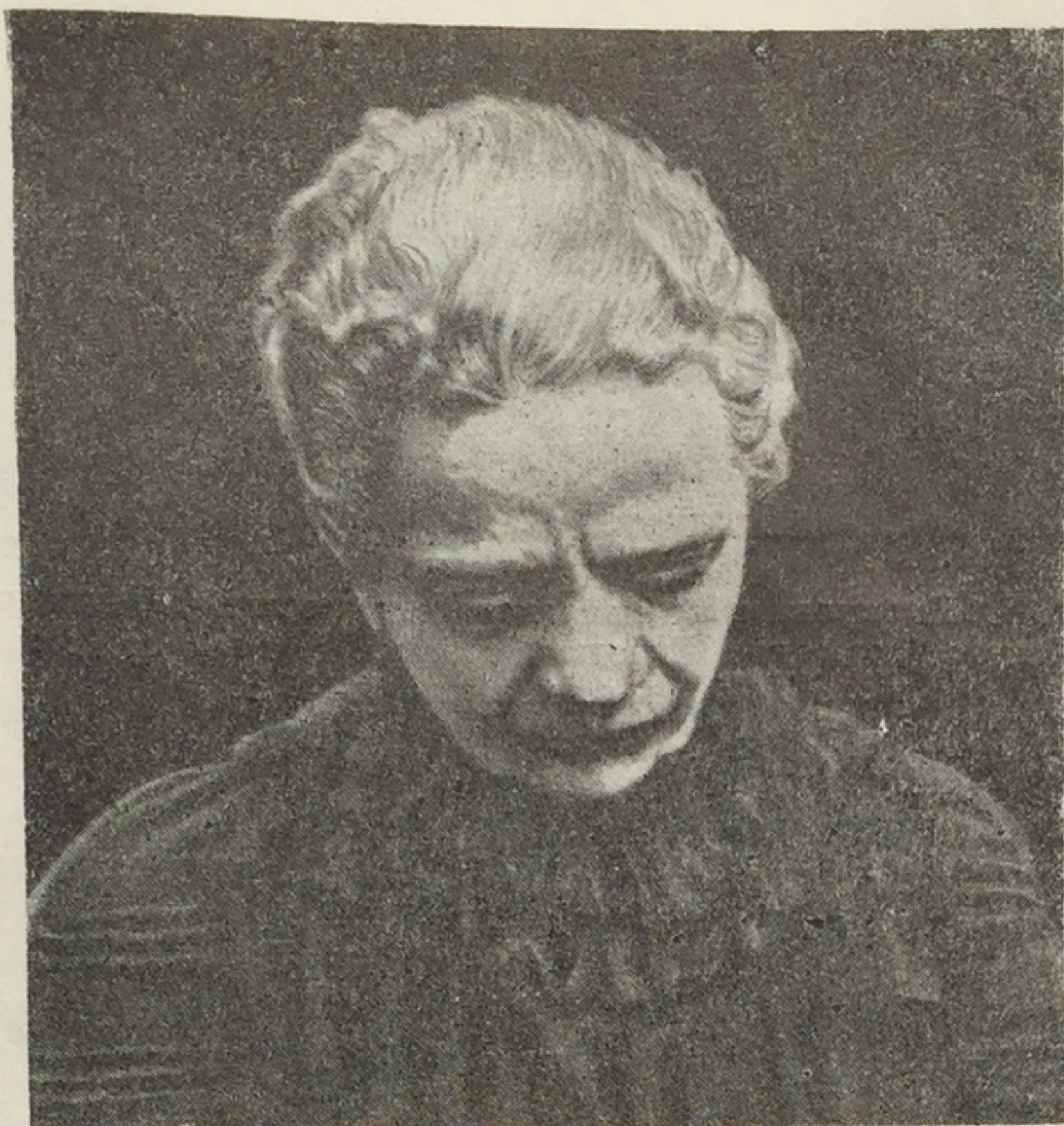


Рис. 235. Циркулярная меланхолия М. Дост (M. Dost).  
Психиатрия, психология и т. д. 1902.

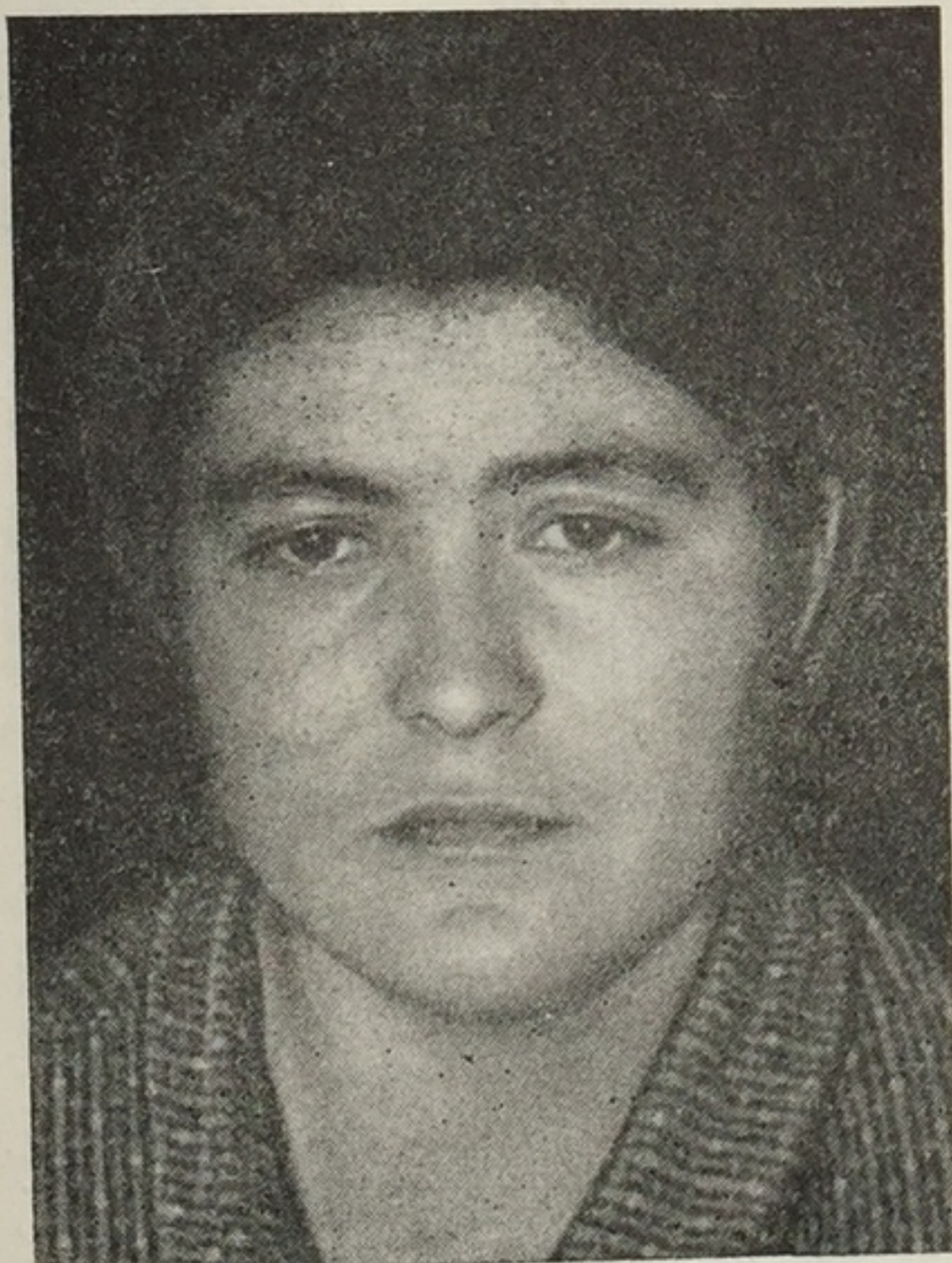


Рис. 236. Больная С., 20 лет. Циклотимия. Депрессивное состояние.

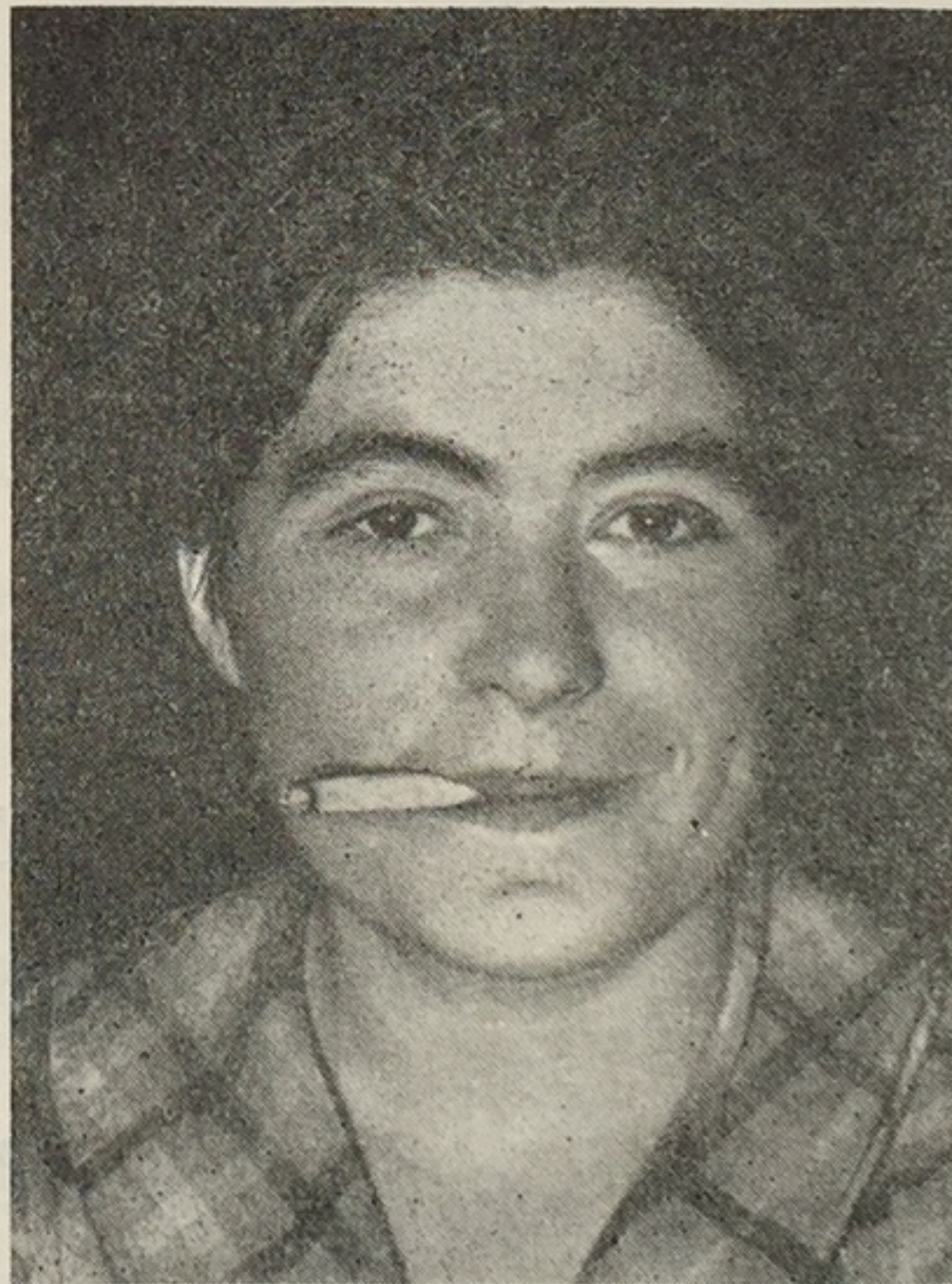


Рис. 237. Та же больная в маниакальном состоянии.

Заболела за 1,5—2 недели до поступления в психиатрическую больницу. Постепенно появилось тоскливо-подавленное настроение, снизился аппетит, ухудшился сон, появилось неприятное ощущение сухости во рту, склонность к запорам, учащение сердцебиений. Снизился вес.

Во время фотосъемки: подавлена, выражение лица печальное, слева складка Верагута, движения несколько заторможены, голос тихий, умственно-речевое торможение. Считает себя неизлечимо больной. К вечеру состояние улучшается. Арт. давл. 130/70. Со стороны физического состояния, кроме перечисленных выше, других отклонений, не отмечено.





Рис. 238. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Депрессивное состояние. Складка Верагута. Е. Блейлер (E. Bleuler). Учебник психиатрии. 1943, Б.



Рис. 239, 240. Больная Л., 45 лет. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Депрессивное состояние.

Первый приступ заболевания — депрессивное состояние — был после родов в возрасте 22 лет. В последующие годы поступала в больницу по поводу депрессивных (меланхолических) и маниакальных состояний более десяти раз. После каждого приступа выздоравливала, работала.

Последний раз лечилась в больнице 3,5 мес. и выписалась здоровой два года тому назад. Последний приступ болезни (меланхолическая фаза) начал развиваться за две недели до поступления в больницу: появилось тоскливо-подавленное настроение, плохой сон, прекратила привычные работы по дому, плохо ела, заявляла, что она грешна и хотела бы умереть.

Во время фотосъемки: двигательнo заторможена, сидит в депрессивной позе, говорит тихим голосом, неохотно отвечает на вопросы, постель почти не покидает, отказывается от еды. Высказывает идеи самообвинения, суицидальные идеи. Говорит о «страшных муках», о смерти, которые якобы ожидают ее семью. Отмечаются суточные колебания состояния: утром тоскливое настроение усиливается, а к вечеру ослабевает, склонность к запорам, сухость слизистых и кожи, некоторое учащение пульса. Арт. давл. 130/80. В остальном в сомато-неврологическом состоянии выраженных отклонений не отмечено.



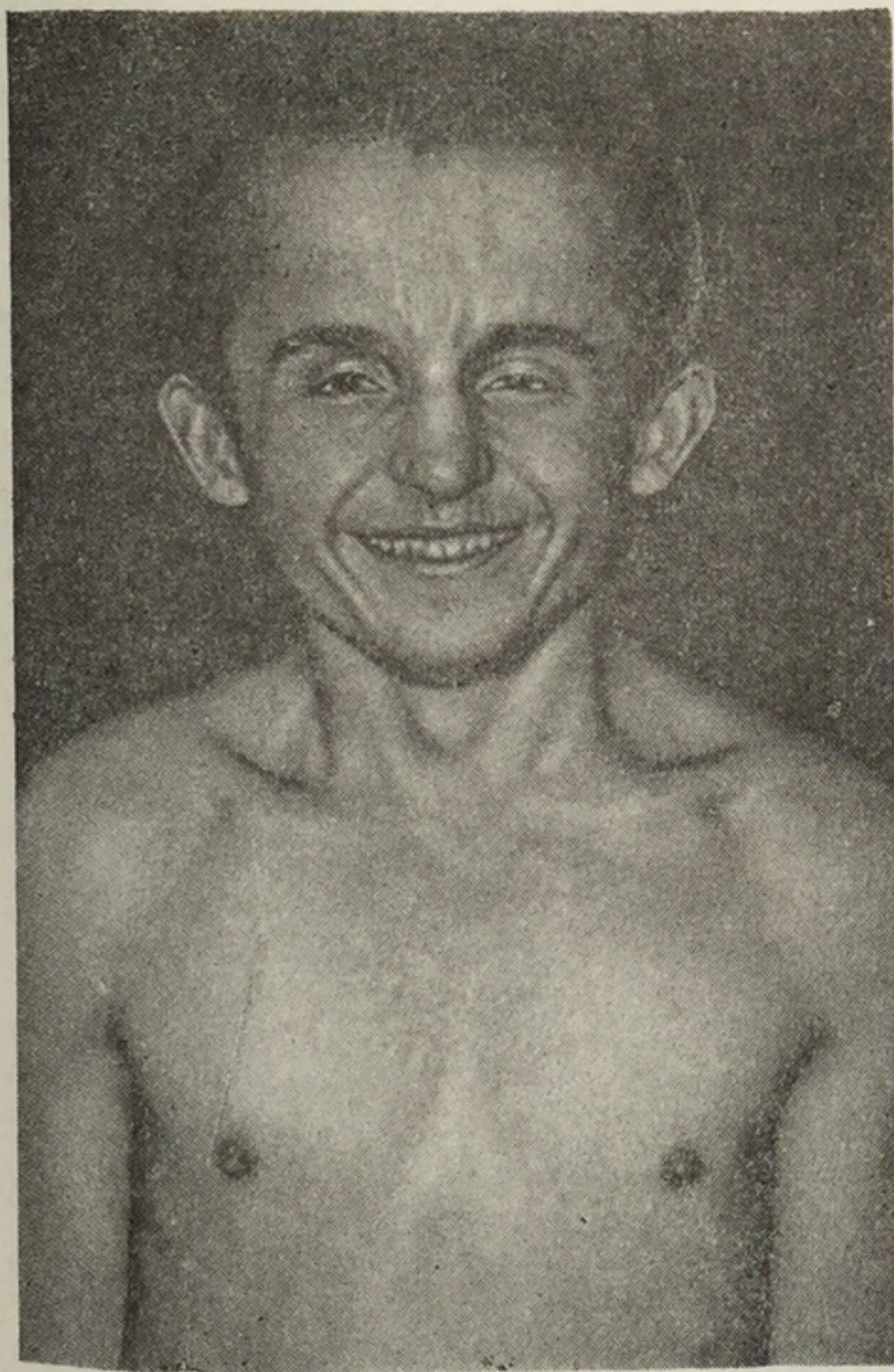


Рис. 241, 242. Больной В., 22 лет. Гидроцефалия. Дебильность. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Маниакальное состояние.

Заболеел в возрасте 19 лет. Не мог удержаться на работе, ссорился с окружающими, искал новых впечатлений; появилась говорливость, назойливость, начал злоупотреблять алкоголем. После двухмесячного лечения в больнице выздоровел, работал. С тех пор периодически — один раз в год — поступает в психиатрическую больницу в связи с гипоманиакальными состояниями. Во время пребывания в больнице и фотосъемки: говорлив, весел, ночью почти не спит, поет песни, ищет встречи с врачом, поучает больных, назойлив, течение представлений ускорено, представления малопродуктивны. Украсил себя тюрбаном из полотенца. Стремится помочь персоналу, но не всегда удачно, так как легко отвлекается. Легко раздражается, иногда плачет.

Гидроцефалия. Внутренние органы — без особенностей. Отмечается небольшой птоз обоих век, при акте конвергенции правое глазное яблоко отходит кнаружи. Коленные рефлексы равномерно повышены. Данные лабораторных исследований (анализы мочи, крови, реакция Вассермана) без особенностей.



Рис. 243, 244. Больная С., 39 лет. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Маниакальное состояние.

В психиатрическую больницу поступает повторно. Первый приступ заболевания отмечался в возрасте 36 лет; в течение полугода лечилась в больнице, находилась в состоянии маниакального возбуждения. Через несколько месяцев, в течение которых была здорова, работала, развилось депрессивное состояние, протекавшее с двигательным и умственно-речевым торможением, идеями самообвинения. Через месяц состояние больной изменилось — постепенно развилось маниакальное состояние: стала необычно деятельной, преобладало умственно-речевое возбуждение, была гневлива, эротична.

Во время фотосъемки: доступна, настроение повышено, темп мышления ускорен, много и быстро говорит, поет песни хриплым голосом, речевая продукция разнообразна, легко переключается с одного представления на другое, внимание обострено и неустойчиво. В новой для больной обстановке возбуждение усиливается. Переоценивает свои способности и возможности, полагая, что она может быть артисткой, дает больным множество «врачебных» советов. Добывает тряпочки, из которых делает бантики в косы. Много курит. В палате дает указания персоналу и больным.

Со стороны соматического состояния отмечается тахикардия, артериальное давл. 130/80, плохой сон. Неврологическое состояние без особенностей. Лабораторные исследования (анализы мочи, крови, реакция Вассермана) отклонений от нормы не обнаружили.

Рис. 245, 246. Больная Ш., 22 лет. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Маниакальное состояние.

В психиатрическую больницу поступает в третий раз. Первый приступ заболевания — депрессивное состояние — был в возрасте 18 лет. Лечилась в больнице, поправилась через 4 месяца. Затем депрессивное состояние повторилось через 3 года, закончилось выздоровлением. Последний приступ заболевания развился за несколько дней до поступления в больницу: ссорилась с соседями, стала необычно энергичной, говорила, что ее не устраивает ее положение, переменила работу, но на новом месте обратила на себя внимание неправильным поведением. В больнице находилась в состоянии умственно-речевого и двигательного возбуждения. Была цинична, эротична, повышено отвлекаема. Настроение повышено, высказывала повышенную самооценку, временами бывала гневлива, плохо спала.

Во время фотосъемки — состояние маниакального возбуждения средней степени, украшается, эротична, говорлива. Со стороны сомато-неврологического состояния, кроме незначительного исхудания, сухости слизистых, учащения пульса до 90 ударов в 1 мин., выраженных отклонений не отмечается.



психоз.

гмечался  
и мания-  
а, рабо-  
но-рече-  
илось —  
бладало

много и  
ко пере-  
В новой  
и воз-  
небных»  
палате

130/80,  
дования  
ужили.

психоз.

я — де-  
ь через  
ровле-  
в боль-  
аивает  
равиль-  
ельного  
ышено,

укра-  
оме не-  
ражен-



Рис. 243.



Рис. 244.



Рис. 245.

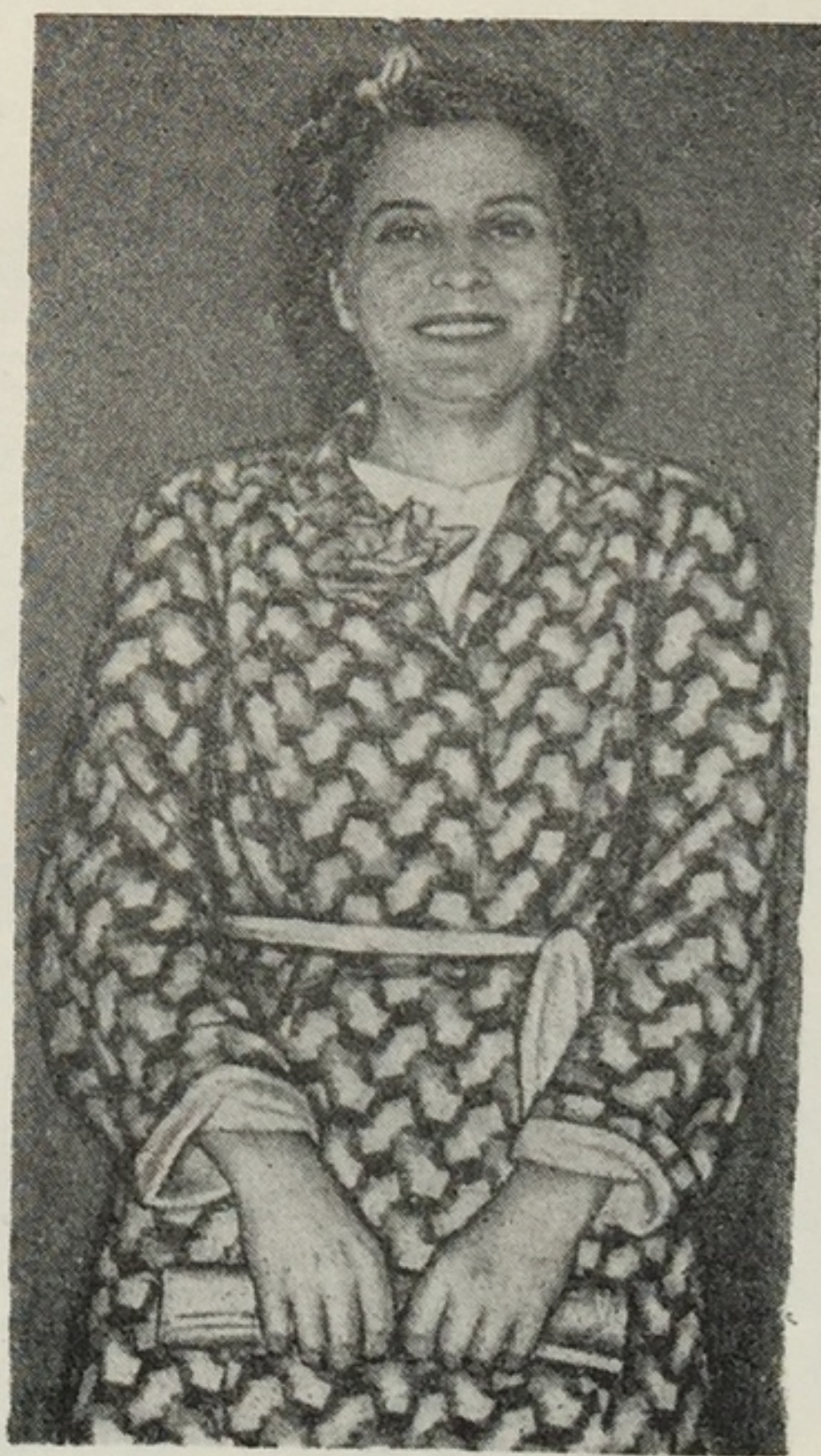


Рис. 246.





Рис. 247. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Олигофрения — дебильность. Маниакальное состояние. Леньель-Лавастин (Laignel Lavastine), Практическая психиатрия. П. 1912.



Рис. 248. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Депрессивное состояние.



Рис. 249. Та же больная в маниакальном состоянии.



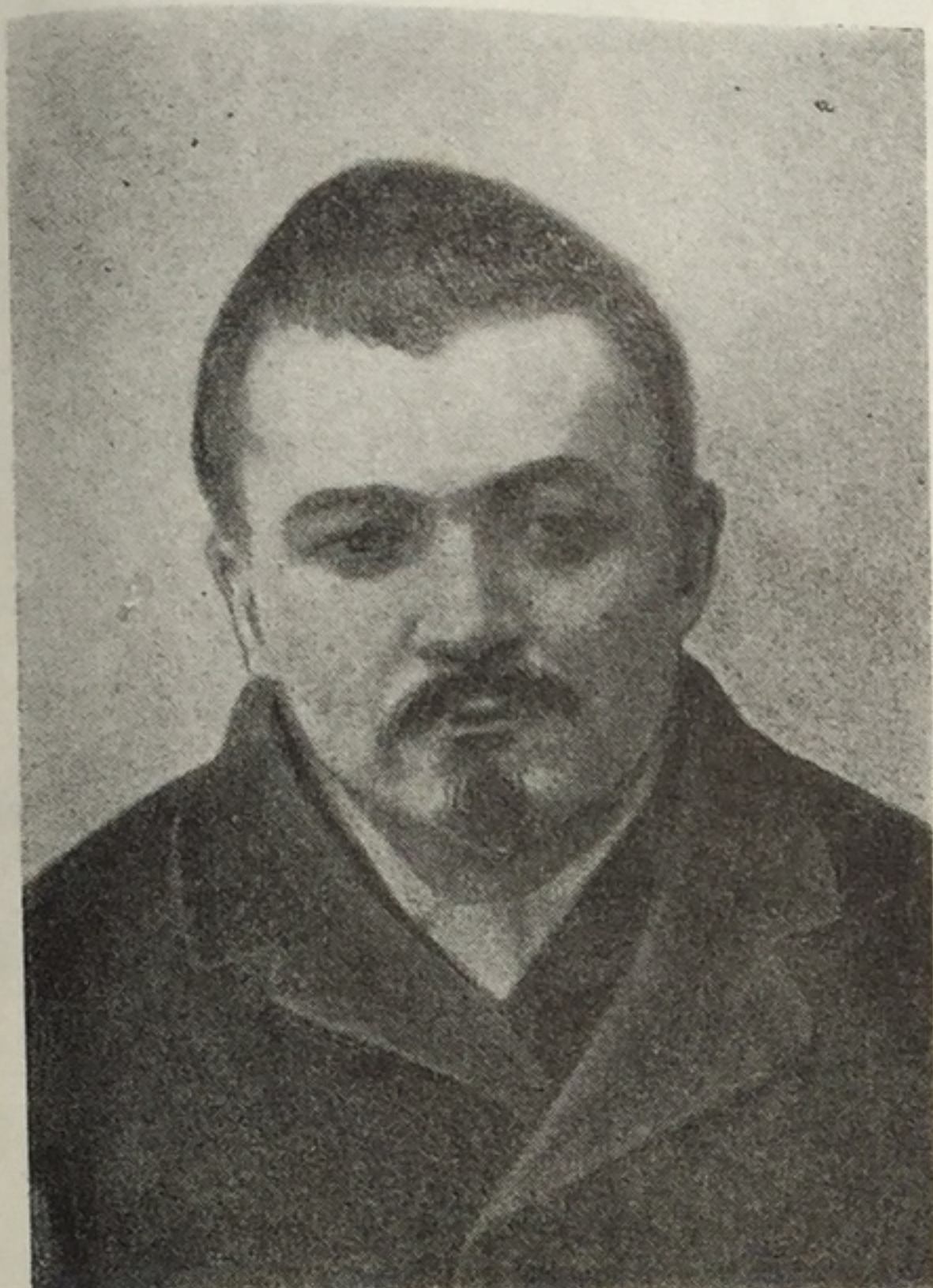


Рис. 250. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Депрессивное состояние.

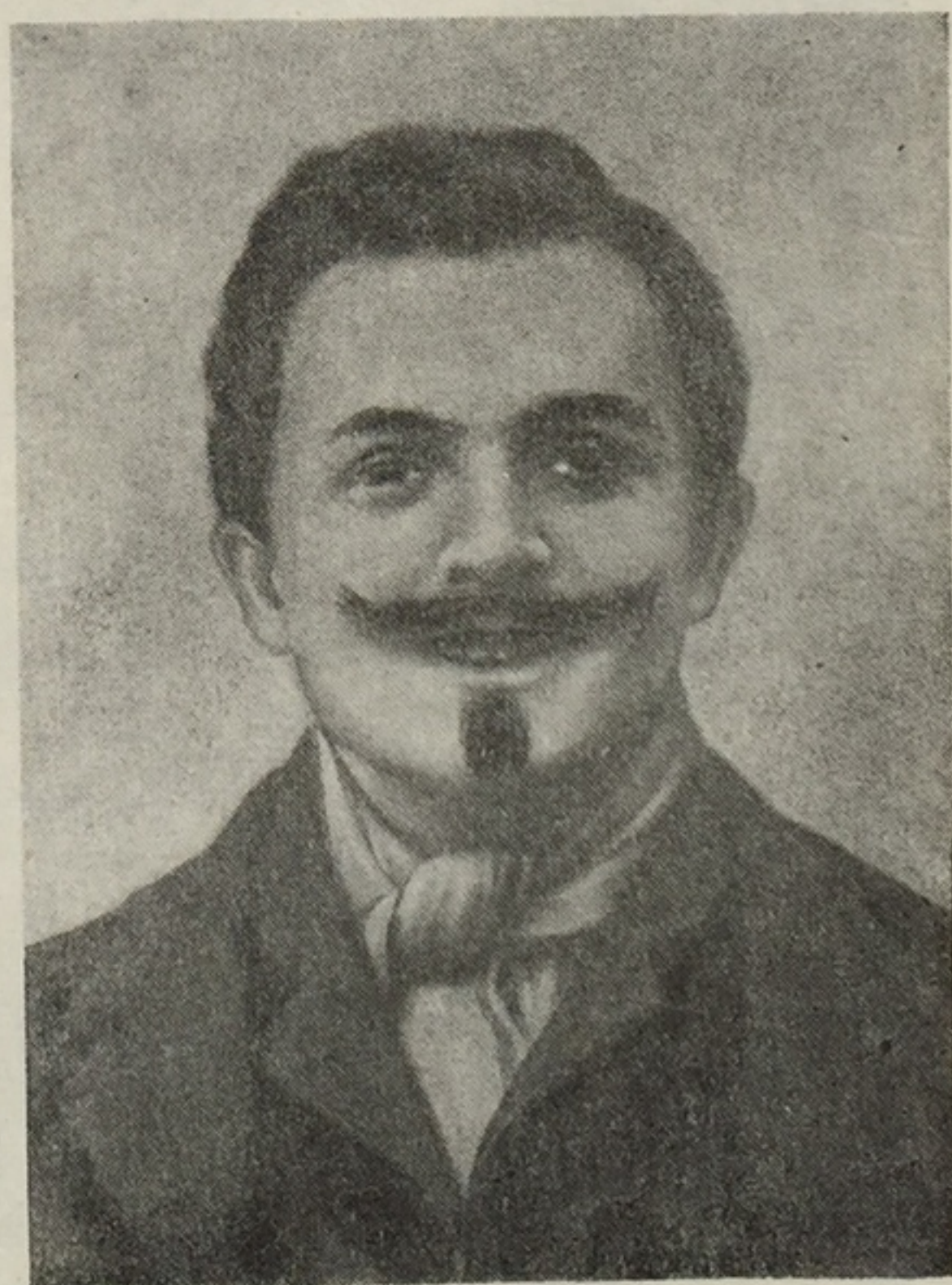


Рис. 251. Тот же больной в гипоманиакальном состоянии.  
В. Вейгандт (W. Weygandt). Атлас психиатрии. 1902.



Рис. 252. Больной Ф., 48 лет. Циркулярный (маниакально-депрессивный) психоз. Депрессивное состояние.

Первый приступ заболевания — в возрасте 38 лет. Было депрессивное состояние, продолжавшееся несколько месяцев. Через 4 года развилось маниакальное состояние, длившееся полгода. Выздоровел. Работал. За месяц до поступления в больницу появилась бессонница, плохой аппетит, понизилось настроение, часами просиживал в однообразной скорбной позе, на вопросы отвечал тихим голосом, неохотно, высказывал суицидальные мысли, идеи самоуничтожения.

В больнице (во время съемки): тоскливо-подавленное настроение, умственно-речевое и двигательное торможение, мысли о самоубийстве. К вечеру интенсивность депрессивного угнетения ослабевает.

Артериальное давл. 130/80. Пульс 84 удара в 1 мин. удовлетворительного качества. В остальном физическое состояние (включая анализы мочи, крови, реакцию Вассермана, рентгенологическое исследование) без особенностей.

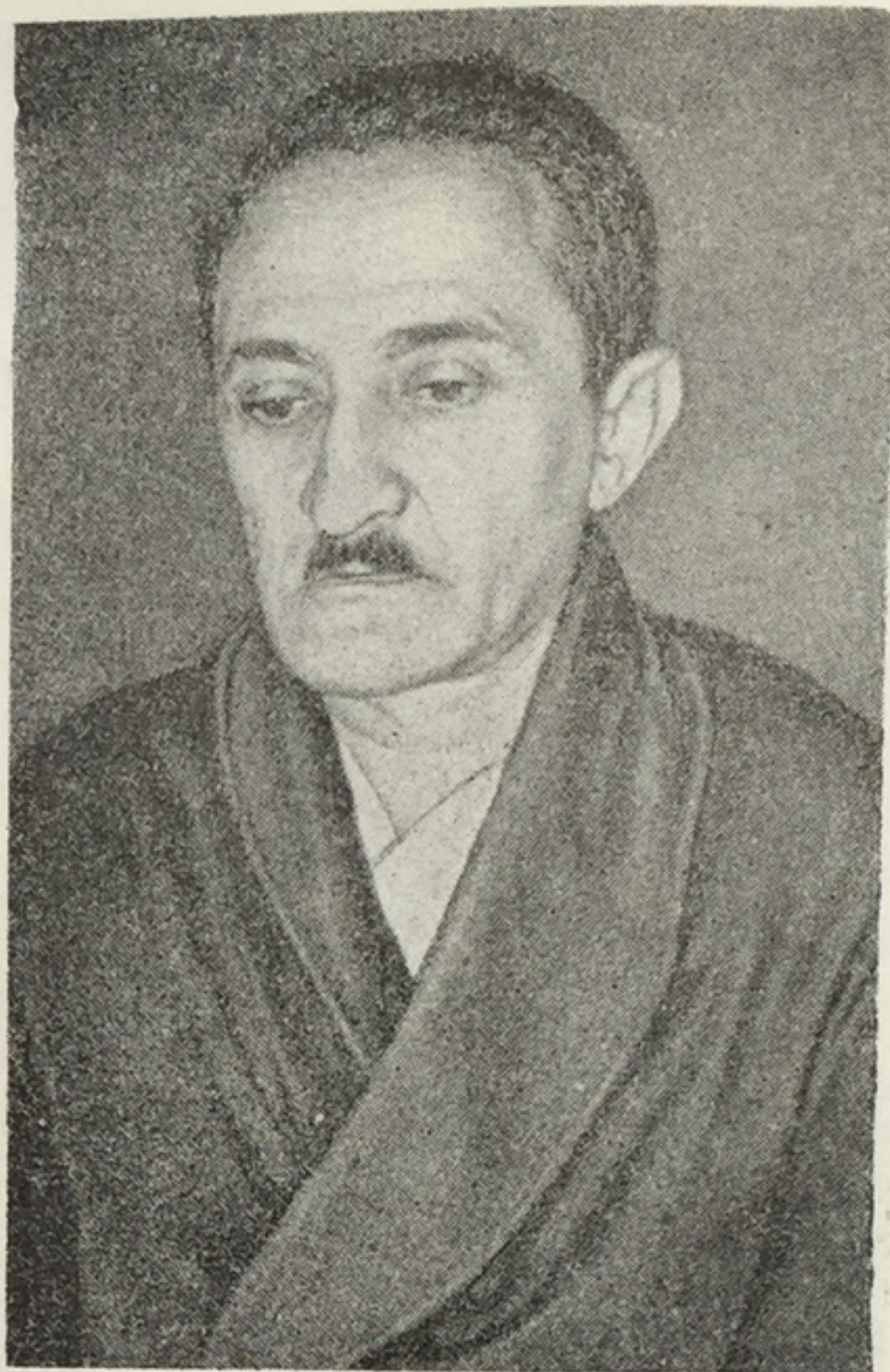


Рис. 252.



Рис. 253, 254. Тот же больной в маниакальном состоянии.





Рис. 255. Ф. де Гойя (F. de Goja). Тревожно-тоскливая больная. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике. 1958.



Рис. 256. Ф. де Гойя (F. de Goja). Тревожно-боязливое возбуждение. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике. 1958.



## АРТЕРИОСКЛЕРОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Основным синдромом психического расстройства церебросклеротического происхождения является так называемое артериосклеротическое состояние психической слабости (артериосклеротическая астения) (рис. 263, 264), выражающееся в ослаблении психической живости и активности, изменении психической эластичности, повышенной утомляемости, ослаблении памяти, внимания, в раздражительности, слабодушии (рис. 257—260), тоскливо-подавленном, тревожном настроении (рис. 265), ипохондрических жалобах. Так называемое «ядро личности» представляется сохраненным. С соматической стороны в основном наблюдаются: головокружения, обмороки, апоплектические инсульты (рис. 266), после которых либо остаются стойкие очаги выпадения, либо обнаруживается медленное, большей частью неполное, обратное развитие расстройств (асимболических, афазических, апрактических, гемианоптических и т. д.), повышение кровяного давления, жесткость сосудов, анизорефлексия, анизокория с изменением реакции зрачков на свет; так называемое «апоплектическое слабоумие» (рис. 266) является подвидом артериосклеротических изменений психики, развивающимся как остаточные признаки после острых апоплектических явлений. Патологоанатомические изменения при артериосклерозе головного мозга характеризуются (кроме общего артериосклероза, атероматоза аорты, миокардита, коронарного артериосклероза, интерстициального нефрита) атеросклерозом-гиалинозом сосудов головного мозга. Наблюдается гибель мозговых клеток, замещение их глиозной тканью, образование периваскулярного глиоза. После кровоизлияния отмечается очаговое разрушение мозгового вещества (по О. В. Кербикову, Н. И. Озерецкому, Е. А. Попову, А. В. Снежневскому). При кровоизлиянии, тромбозе или эмболии образуется размягчение мозгового вещества, очаги белого размягчения, ишемический некроз в коре головного мозга и в подлежащем белом веществе вследствие тромбоза корковых ветвей. Очаги красного размягчения могут образоваться путем слияния мелких кровоизлияний. В коре головного мозга развиваются набухание нервных клеток, ишемические или гидропические изменения, перинуклеарный отек, кариолизис (побледнение ядра клеток) (по Н. К. Боголепову).

Существенное значение имеет изменение ветвей интрацеребральных сосудов. Изменения обнаруживаются в сосудах основания мозга и крупных артериях (средней, передней и задней). Наблюдаются отложения липоидных веществ во внутренней оболочке сосудов (с образованием очаговых скоплений), разрастание соединительной ткани (с образованием бляшек).

При исследовании глазного дна обнаруживается склероз сосудов, бледность сосудов зрительного нерва



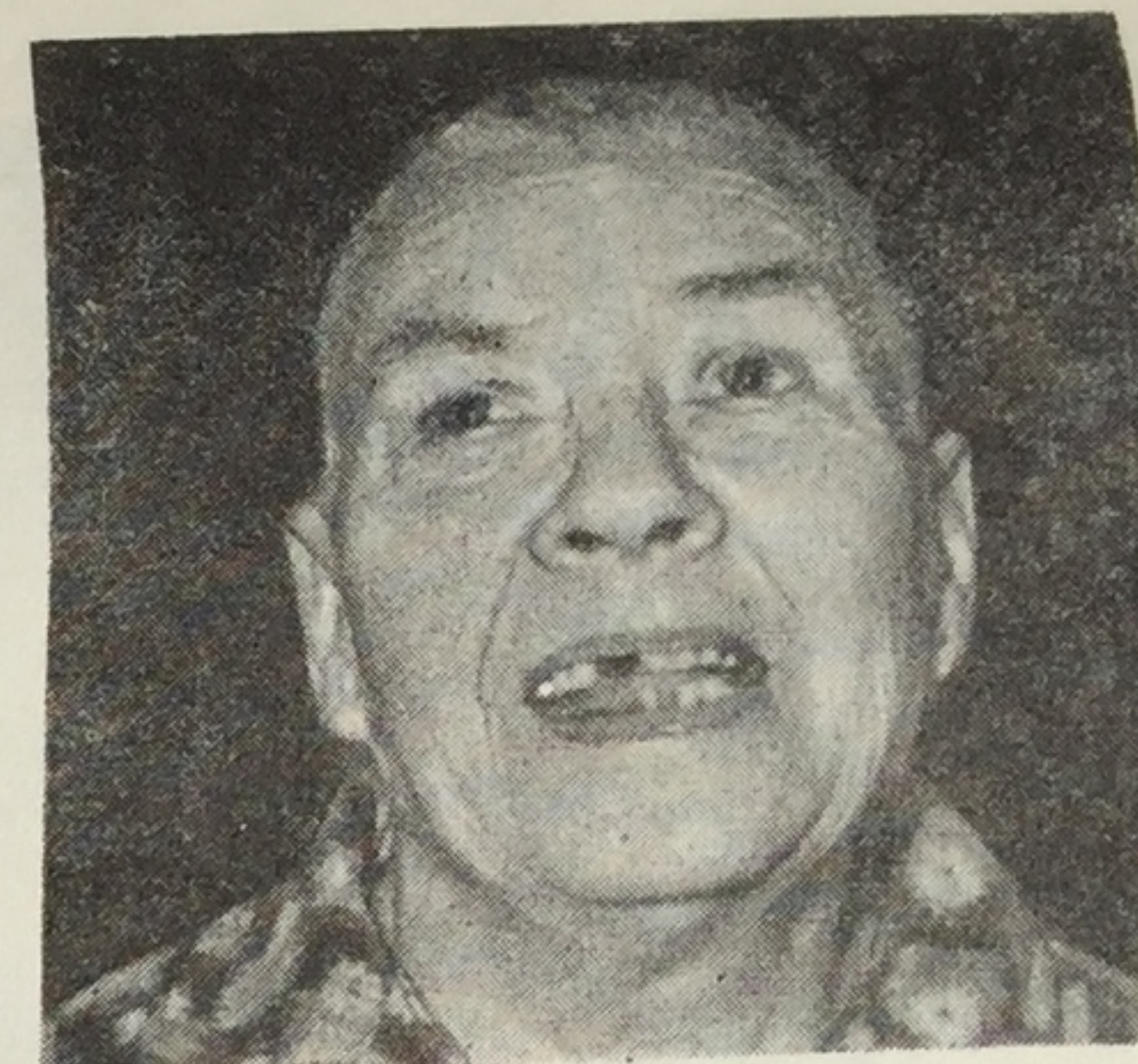
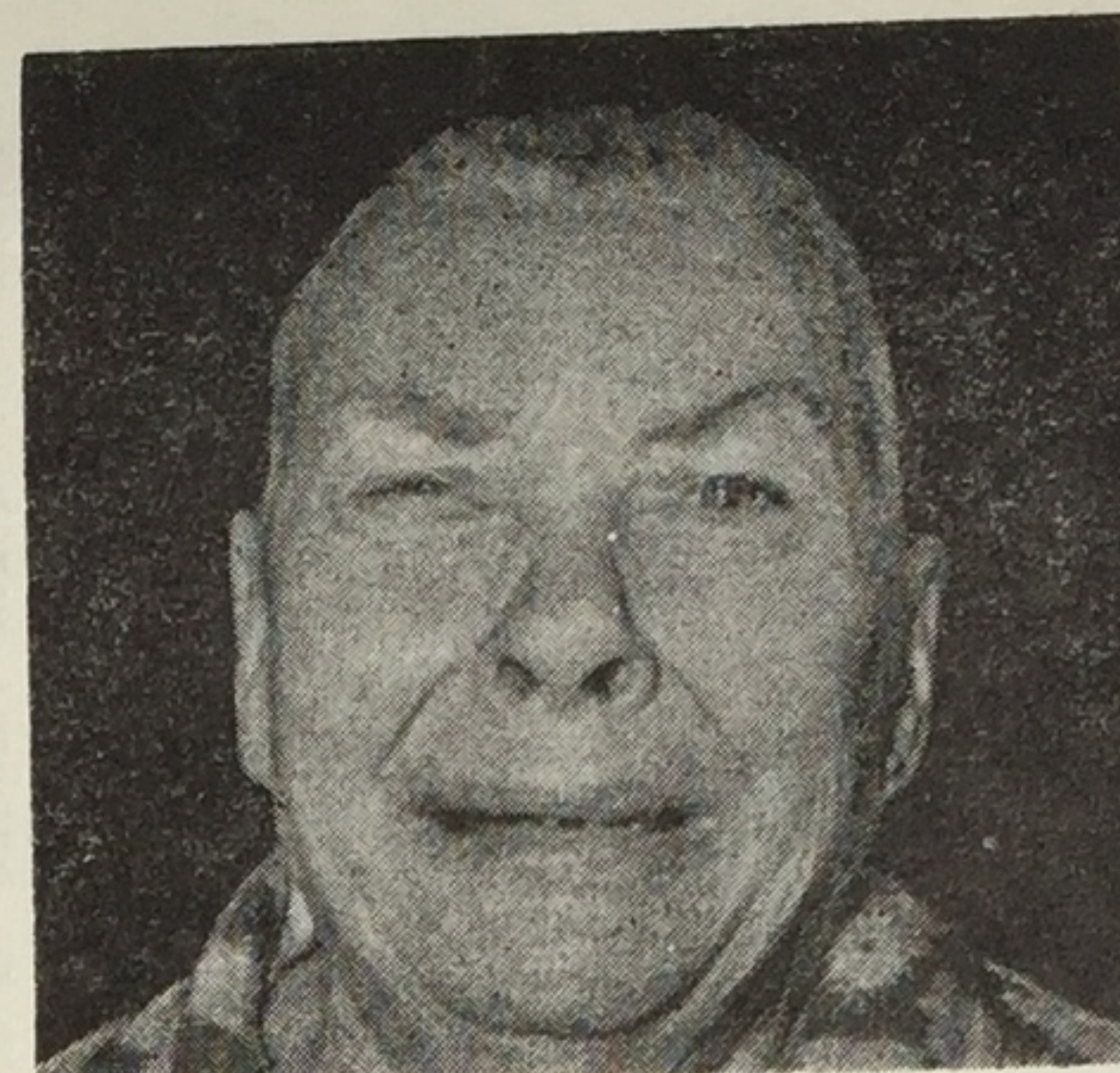
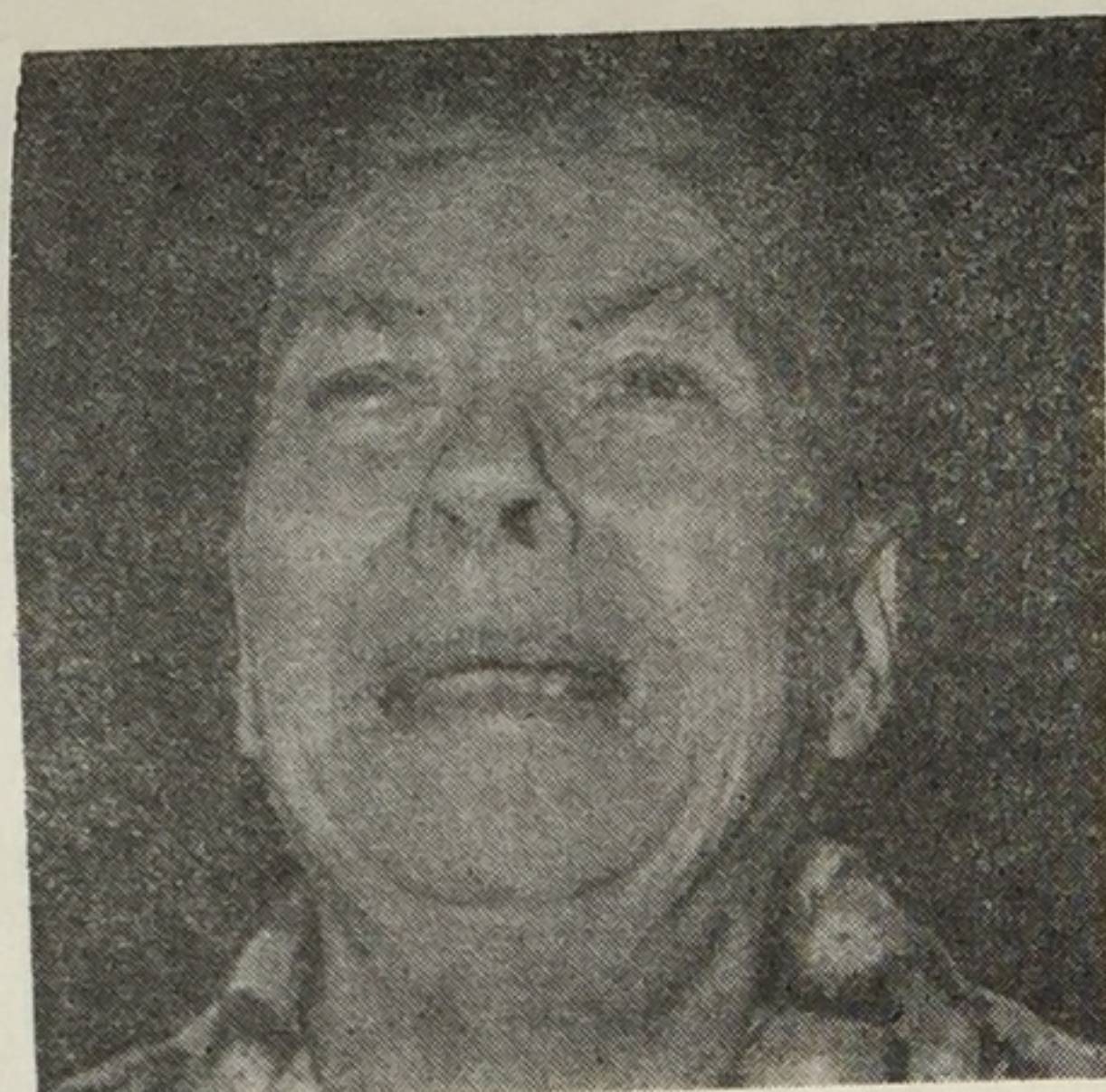
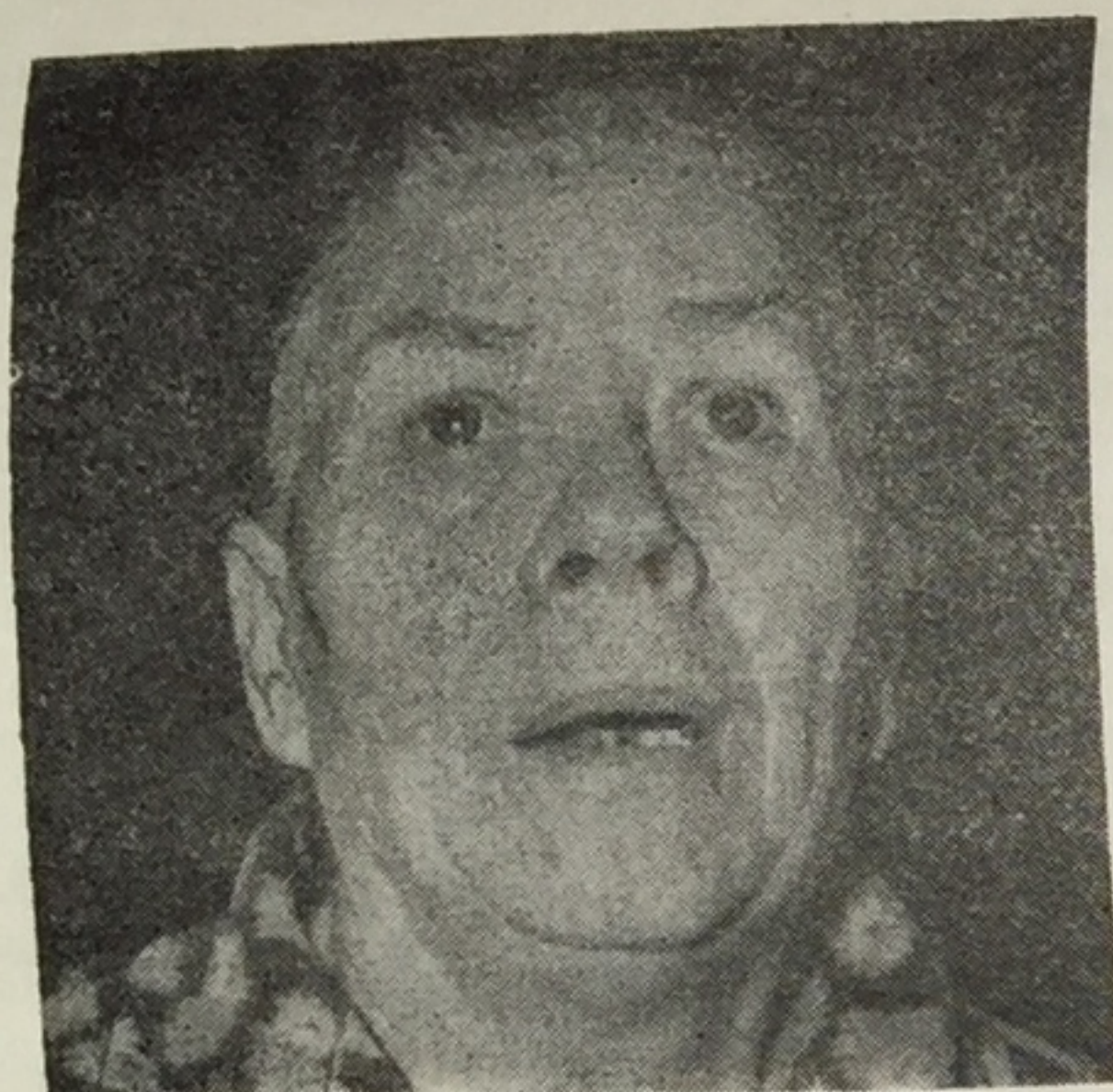


Рис. 257—260. Больная П., 68 лет. Артериосклероз головного мозга. Артериосклеротическая астения. Раздражительная слабость эмоциональных реакций — слабодушие.

Больна 3 года. Заболевание развивалось постепенно: появилась раздражительность, повышенная утомляемость, рассеянность, ослабление памяти. Одновременно появилось слабодушие: часто плакала без особых внешних причин, в то же время легко начинала смеяться при переключении внимания на другие соответствующего содержания представления. Во время фотосъемки — слабоумна: память резко ослаблена — не помнит года, месяца и числа, улицы, на которой живет; повышенно внушаема, суетлива. Иногда обнаруживает стремление помочь в уходе за больными, оказывается в этом деле беспомощной. Слабодушна.

Физическое состояние: правый зрачок неправильной формы — колобома радужной оболочки. На левом глазу остатки хрусталиковой сумки после удаления катаракты. Кожа и видимые слизистые бледны. Над поверхностью легких перкутируется коробочный звук. Левая граница сердца расширена на 1,5 см. Акцент 2-го тона на аорте, систолический шум на верхушке. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 1,5 пальца, уплотнен. Артериальное давление 170/100.

Я лечусь в Киевской  
психоневрологической  
больнице

Я лечусь в  
Киевской больнице,  
где живет Павликов

Рис. 261, 262. Артериосклероз головного мозга. Образцы расстройства почерка. Для исследования расстройства почерка больным предлагалось написать: «Я лечусь в Киевской психоневрологической больнице имени академика Павлова».



Рис. 263, 264. Больной В., 75 лет. Артериосклероз головного мозга. Артериосклеротическая астения.

За последние 3 года ослабела память, появилась раздражительность, плаксивость. За полгода до поступления в больницу развился парез правой руки и ноги, после полуторамесячного амбулаторного лечения парез прошел. Остались затруднения в речи, сильно снизилась память — забывал дорогу домой, просил прохожих показать ему дорогу. Бывали расстройства настроения, пытался повеситься. Во время поступления в больницу (момент фотосъемки) отмечается выраженное снижение памяти на текущие события, несколько депрессивен, слабодушен, рассеян. «Ядро личности» сохранено. При исследовании соматического состояния в отделении больницы диагностированы аортокардиосклероз, коронаросклероз, эмфизема легких, недостаточность кровообращения IIА-Б. Язык при высовывании отклоняется вправо, тремор рук, речь плохо модулирована. Анализы мочи, крови, реакция Вассермана без особенностей.

Рис. 265. Больной Г., 65 лет. Артериосклероз головного мозга. Выраженное артериосклеротическое слабоумие, тревожно-депрессивные включения.

Болен около четырех лет. Обнаруживал быстро нарастающее ослабление памяти, не мог правильно ответить на вопросы, был крайне рассеян, речь сделалась плохо модулированной. Незадолго до поступления в больницу (2 года тому назад) начал уходить из дому, не подчинялся домашнему режиму.

Во время фотосъемки: больной глубоко слабоумен — говорит по слогам отдельные слова, не может ответить на вопросы, неопрятен, суетлив, тревожен, ест с помощью персонала. Больной пониженного питания. Левая и правая границы сердца несколько расширены. Тоны сердца глухие. Систолический шум на верхушке. Акцент 2-го тона на аорте. Перкуторно над легкими — звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено, жестковатое. Местами в легких сухие хрипы. Край печени выступает на 2 см из-под реберной дуги. При неврологическом исследовании зрачки сужены, реакция зрачков на свет вяловатая. Коленные рефлексы равномерно повышены. Анализы мочи, крови в норме. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Рис. 266. Больная З., 62 лет. Артериосклеротическое, постапоплектическое слабоумие. Парез нижней ветви лицевого нерва справа, сглаженность лобных складок справа.

В течение нескольких лет обнаруживает рассеянность, забывчивость, слабодушие. В психиатрическую больницу переведена из инфекционной больницы, где лечилась по поводу вирусного гриппа, протекавшего тяжело. После гриппа резко ухудшилась память, внимание, появились дизартрические расстройства, неврологические расстройства — правая глазная щель уже левой за счет небольшого птоза правого века, парез правого лицевого нерва, симптом Штрюмпеля на обеих ногах. Миоз.

К моменту фотосъемки: слабоумна — не помнит событий прошлой жизни, не запоминает текущего, слабодушна. Невнятно что-то бормочет, жестикулирует, плачет, тотчас же смеется.

Исследование внутренних органов без грубых нарушений. Артериальное давление 145/90.



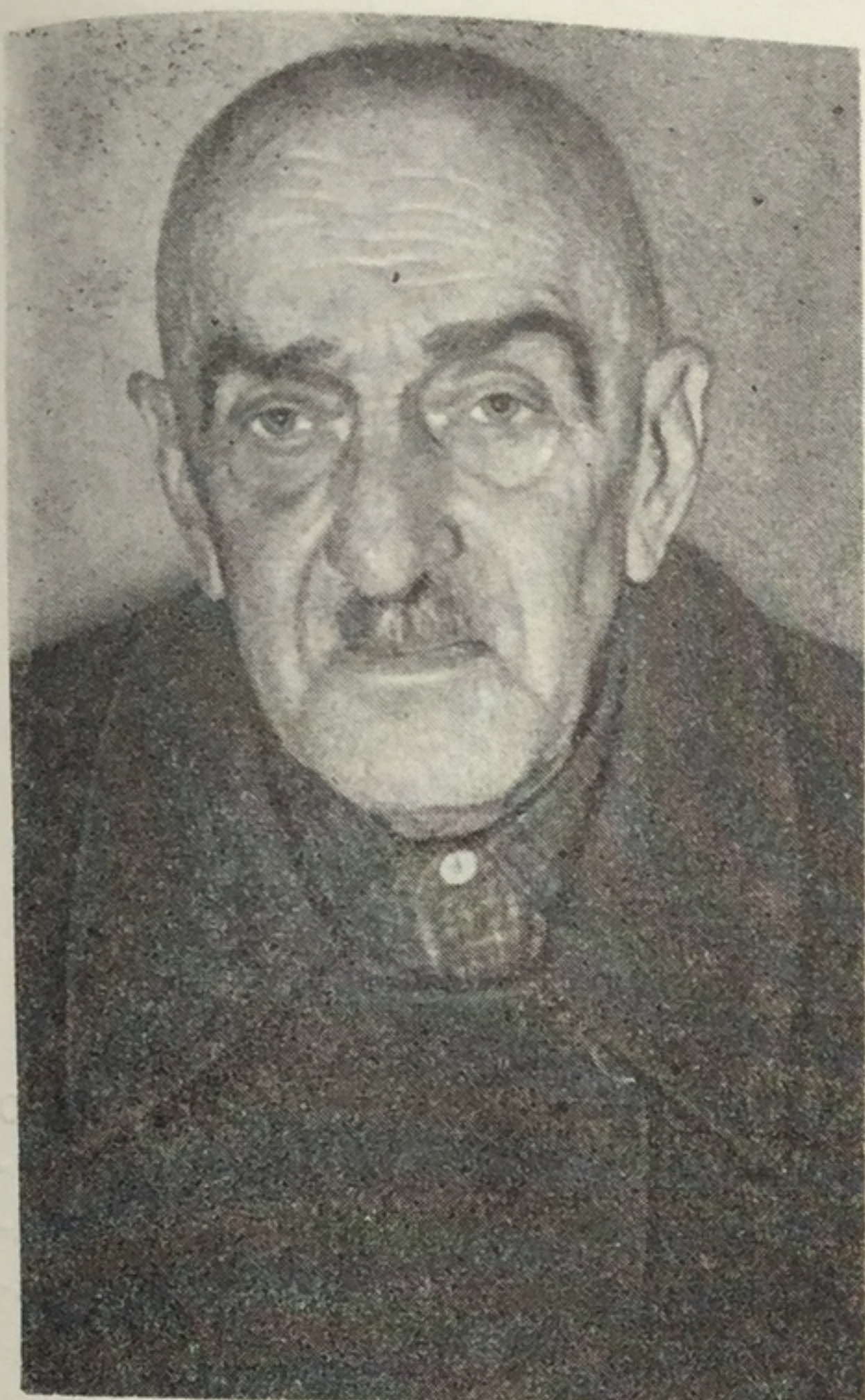


Рис. 263.

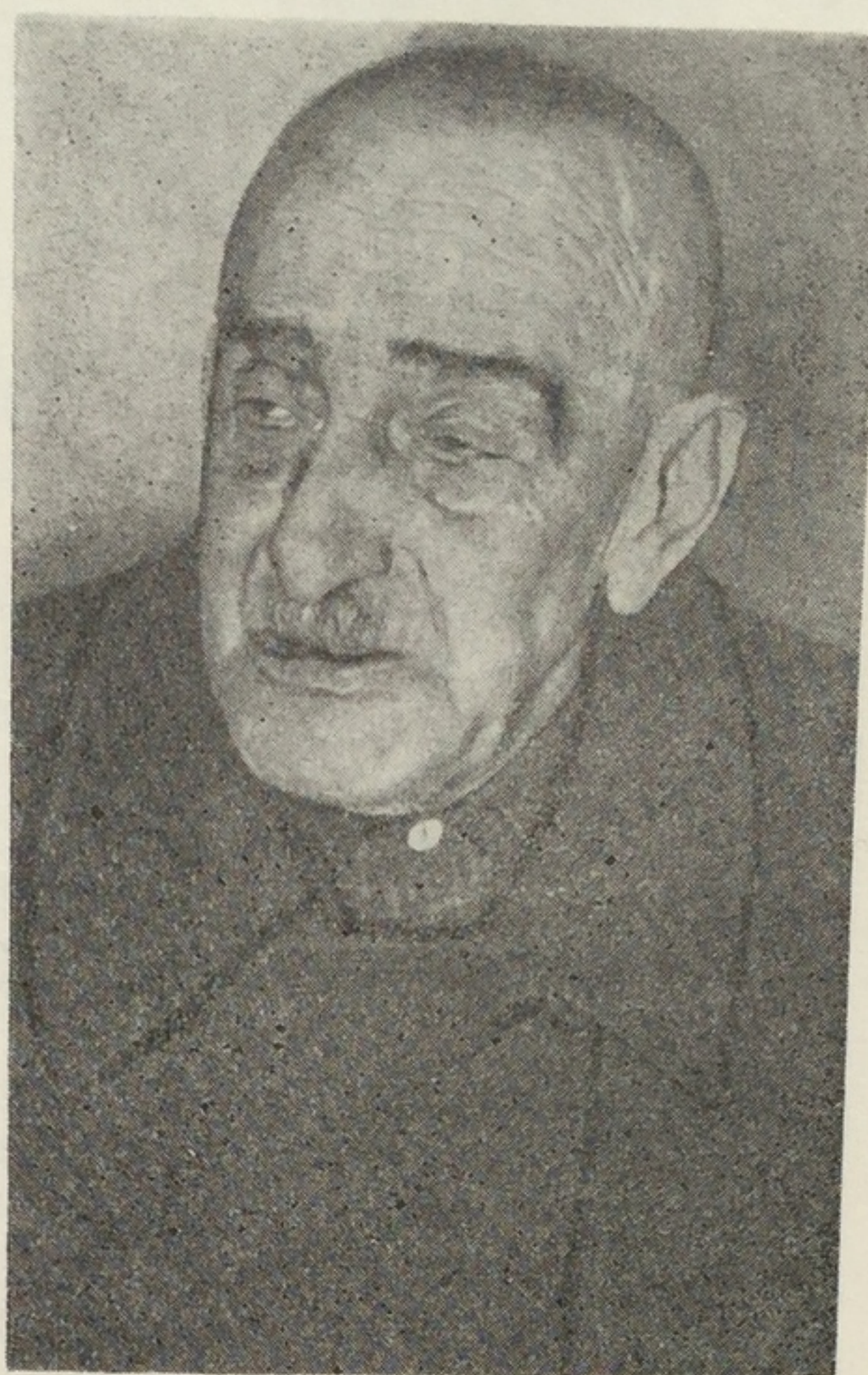


Рис. 264.

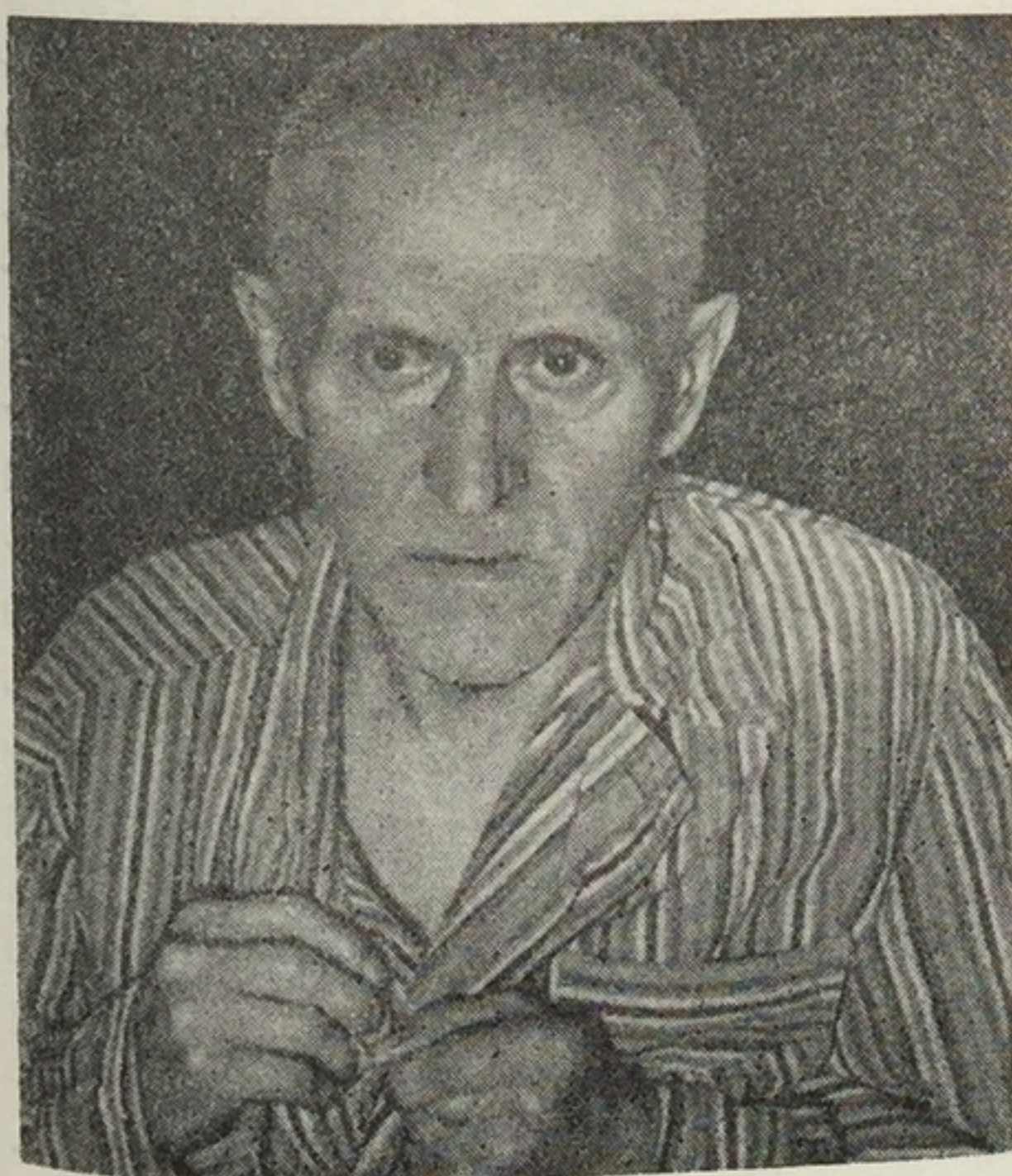


Рис. 265.

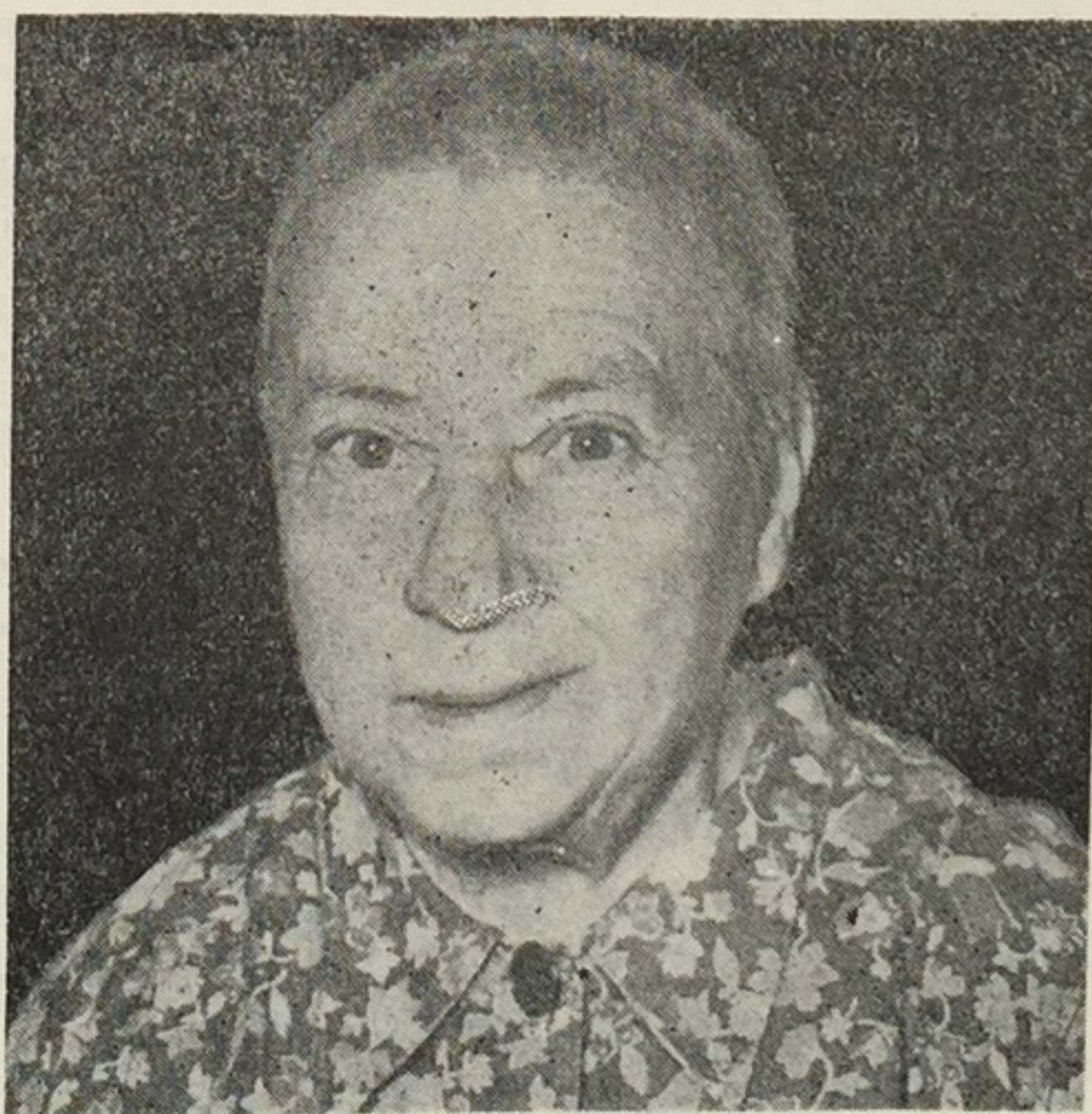


Рис. 266.



### СЕНИЛЬНЫЙ ПСИХОЗ, СТАРЧЕСКИЙ ПСИХОЗ, СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

Заболевание, развивающееся обычно не ранее конца седьмого-восьмого десятка лет, выражающееся в прогрессирующем упадке психической деятельности — общем потускнении психических свойств и способностей, значительном ослаблении памяти (иногда корсаковского типа), дезориентировке, затруднении восприятия, ослаблении способности внимания, сосредоточения и суждения, раздражительности, повышенной внушаемости, сужении круга интересов с изменением морально-этических чувствований в смысле нарастания эгоистическо-анетических тенденций в поведении, в подавленном настроении с преобладанием аффектов страха и тревожного напряжения, развитии ипохондрических, нигилистических бредовых идей, ночной бессонницы (с дневной сонливостью), двигательном беспокойстве (особенно по ночам), суетливости, эмоциональной лабильности и неустойчивости, повышенной говорливости. Асимболические, апрактические, парафазические расстройства, головокружение, обмороки, гемипарезы зависят главным образом от присоединяющегося артериосклероза (кроме очаговых атрофий). Со стороны соматической в основном могут наблюдаться признаки общего старческого одряхления, мышечная слабость, шатающаяся походка, треморы, узкие, большей частью вяло реагирующие на свет зрачки, повышение сухожильных рефлексов. К сенильным параноидам относится образование на фоне начальных старческих изменений психики бредового симптомокомплекса, носящего главным образом характер бреда преследования («бред ограбления») с иллюзорно-галлюцинаторными восприятиями. Бредовые идеи могут изменяться в зависимости от помещения больных в новую обстановку. К другим подвидам старческих психозов надо отнести болезнь Альцгеймера, пресбиофрению, болезнь Пика. Болезнь Альцгеймера — медленно развивающееся в старческом возрасте (часто в конце пятого или на шестом десятке лет) слабоумие при достаточной эмоциональной живости и синтонности с расстройством речи парафазического — логоклонического типа, с эпилептиформными припадками, резкими контрактурами, главным образом в ногах. Пресбиофрения — вид старческого слабоумия с резко выраженными признаками расстройства памяти — дефектами памяти прошлого и изменениями типа амнестическо-корсаковского синдрома при относительно внешней упорядоченности поведения больного.

Болезнь Пика (рис. 272—275) — вид очагово-ограниченных атрофий головного мозга, преимущественно локализирующихся в височных долях,

часто  
главны  
60—70  
индиви  
головно  
(Капли  
ной, л  
болезни  
внешне  
личают  
вании  
дения.  
Пр  
образом  
ческого  
ности и  
ного во  
стояния  
Пат  
в основ  
и височн  
ток кор  
фибрилл



часто образующих так называемый «левовисочный синдром», состоящий главным образом из афазических расстройств. Дебют заболевания в возрасте 60—70 лет, наличие старческих изменений психики позволили думать «об индивидуальных акцентуациях сенильного процесса в определенных долях головного мозга наподобие лиссауэровской формы прогрессивного паралича» (Каплинский). Описывались очаговые атрофии, кроме височной, в затылочной, лобной долях с соответствующими клиническими явлениями. При болезни Пика могут наблюдаться стереотипии в области движения и речи, внешне напоминающие кататонические стереотипии и вербигерации. Различают острое и хроническое течение болезни от 3,5 до 12 лет. При исследовании головного мозга (макро- и микроскопическом) определяются выпадения.

Прогноз при старческих психозах неблагоприятен. Лечение главным образом направлено на поддержание сердечной деятельности, общесоматического ухода, надзора за больными ввиду физической слабости и беспомощности и могущих возникнуть суицидальных тенденций. Объектами лечебного воздействия также являются депрессивно-параноидные синдромы, состояния делирантной спутанности и возбуждения.

Патологоанатомические изменения в головном мозгу обнаруживаются в основном в виде атрофических изменений, чаще всего в коре лобных и височных долей, заустения в коре, жирового перерождения нервных клеток коры (III—IV слои), подкорковых узлов, утолщений и склеивания фибриллей, сенильных друз — милиарных некрозов в коре.



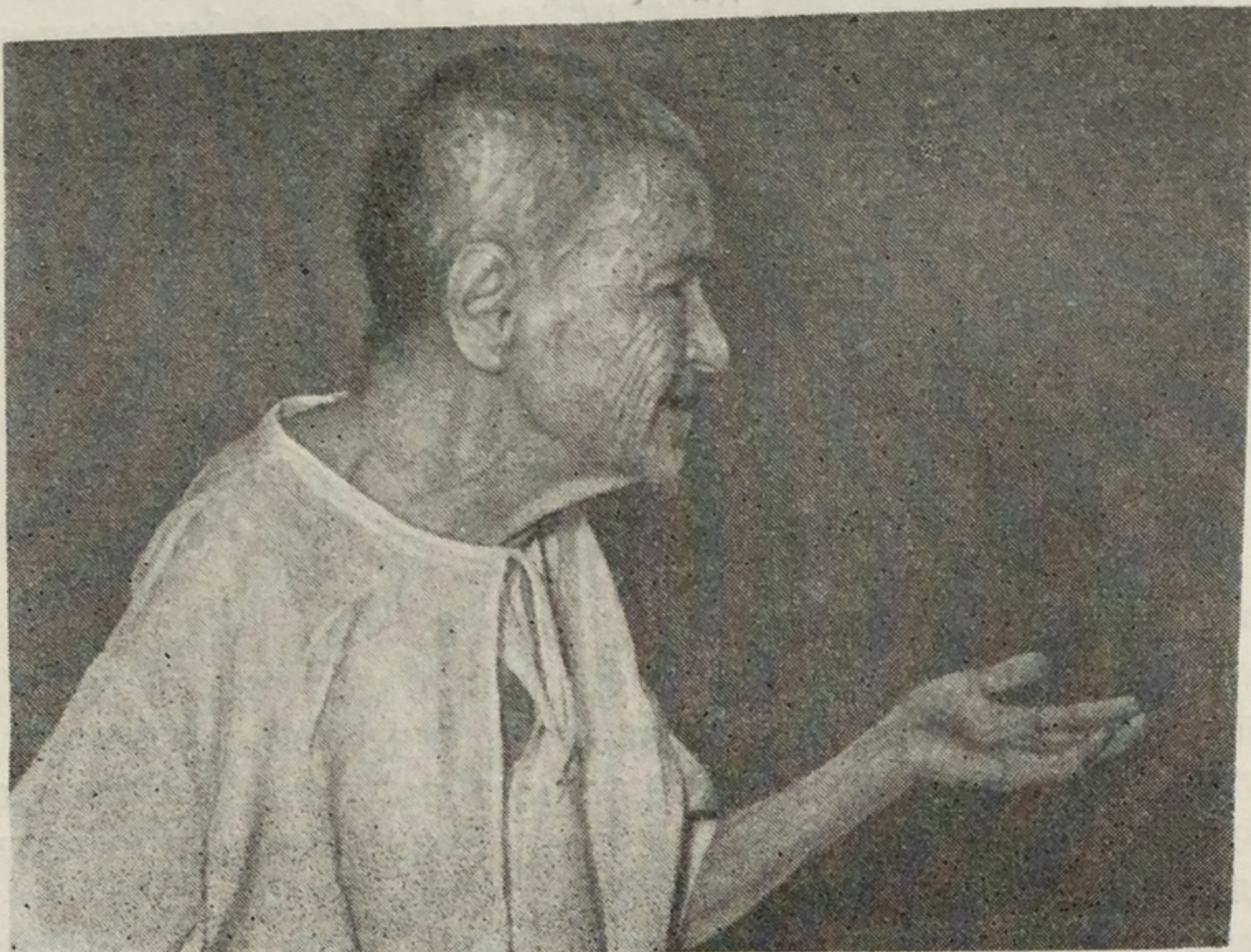


Рис. 267. Больная П., 83 лет. Старческое слабоумие.

Заболевание развивалось постепенно — ослабевала память, появились бессонница, суетливость, прятала свои вещи — завязывала в узелки, держала их на кровати, говорила, что ее хотят ограбить, убить, ссорилась с соседями по квартире. Дважды помещалась в психиатрическую больницу.

Во время фотографирования: резкое ослабление памяти, гневлива, высказывает бредовые идеи ущерба, обкрадывания, отношения, преследования. По ночам не спит, суетливо-беспокойна, неопрятна, цинична. Худа, кожа дряблая, зубов нет, на голенях варикозное расширение вен. Ходит мелкими шажками. Слух на оба уха понижен.

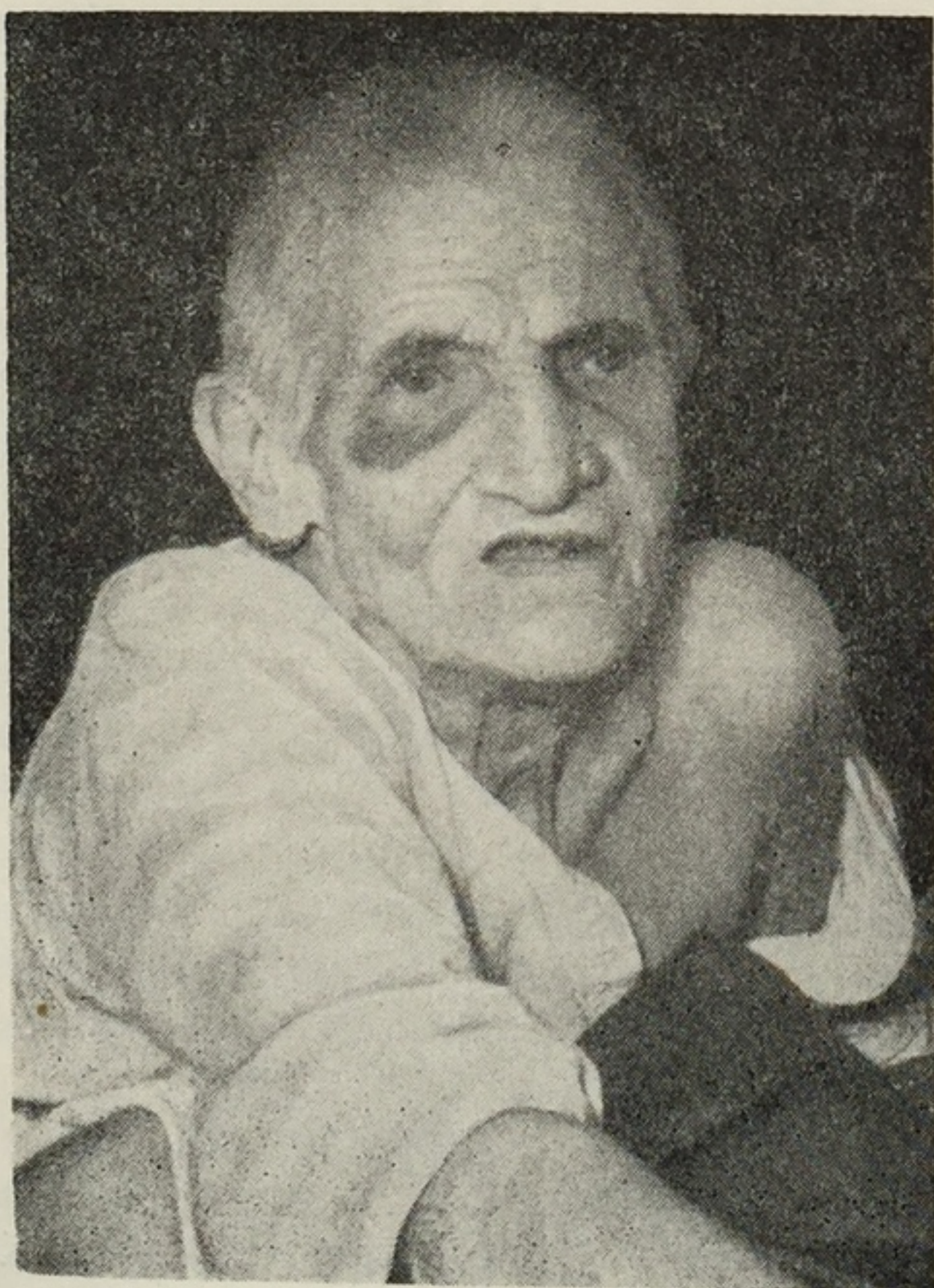


Рис. 268. Больная С., 80 лет. Старческое слабоумие. Тревожно-боязливое состояние, иногда двигательная ажитация с самоповреждениями (кровоподтек в области правого глаза, недостаток ухода).

Заболела в возрасте 79 лет. Появились грубые расстройства памяти — не узнавала своей комнаты, звала мужа, умершего 15 лет тому назад. Разговаривала сама с собой, была тревожна, суетлива, собирала вещи в узлы, пыталась куда-то идти с ними.

Во время фотосъемки: суетлива, беспокойна, физически истощена, слаба, не ориентируется в месте, времени, ничего о себе не сообщает — явления общей прогрессирующей амнезии. Считает, что ей «уже нужно идти домой, чтобы продолжать учение...», что ее родители только-что умерли, встает с кровати, с трудом передвигаясь идет к дверям, говорит: «мне надо, деточки, ехать...». Неопрятна мочой и калом.

Физическое состояние: резко истощена, слаба, бледна, в области правого глаза — рассасывающаяся гематома. Легочный перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание ослаблено. Границы сердца умеренно расширены во все стороны. Тоны сердца глухие, единичные экстрасистолы, систолический шум на вер-

хушке. Органы брюшной полости без особенностей. Органических неврологических симптомов нет. Анализы мочи, крови — без особых отклонений. Реакция Вассермана в крови отрицательная.



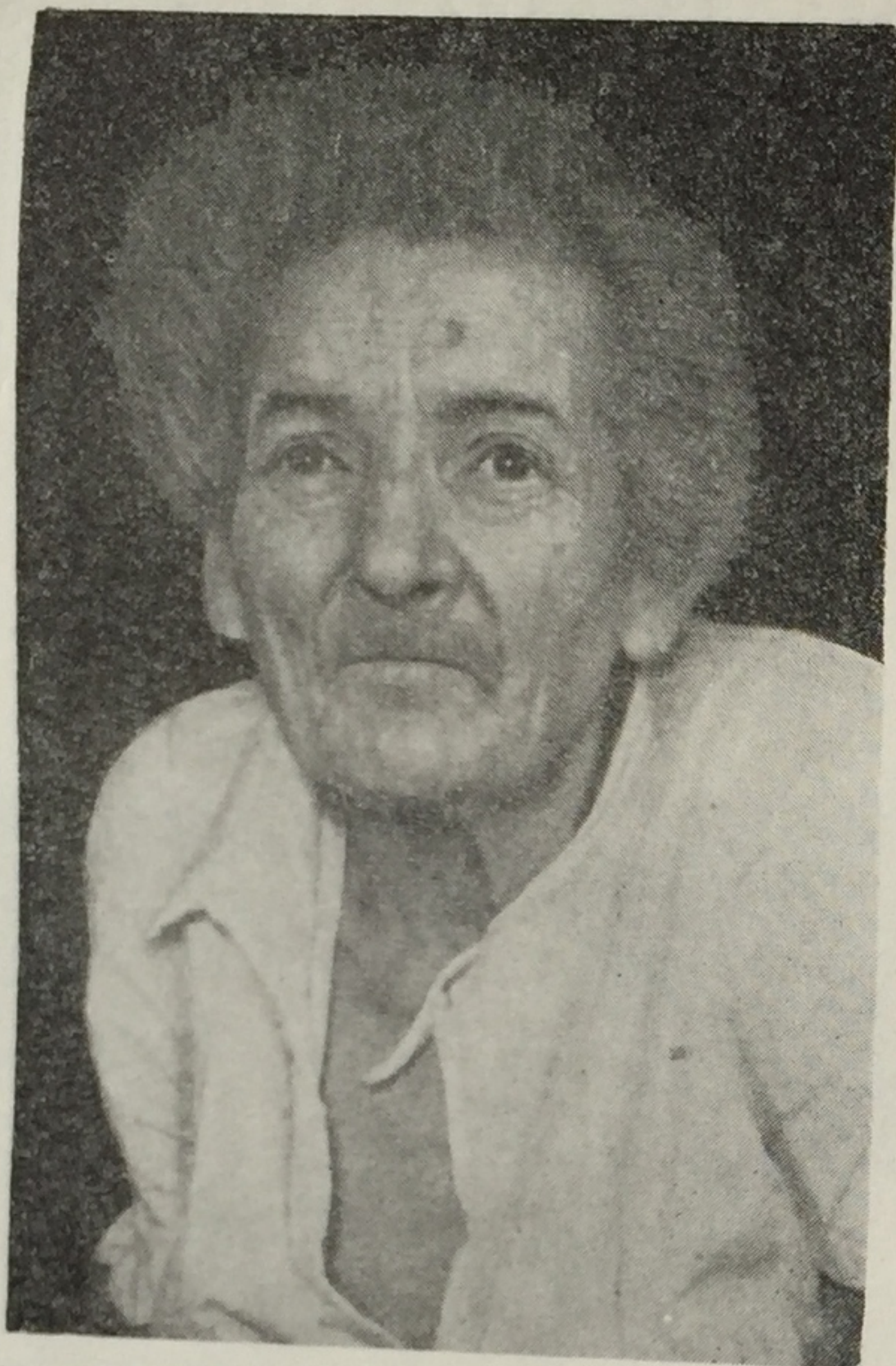


Рис. 269. Старческое слабоумие Больная  
за две недели до смерти.

Я лечусь в  
Киевской  
психоневрологической  
больнице  
имени академика  
Павлова

Я лечусь в  
Киевской  
психоневрологической  
больнице  
имени академика  
Павлова

Рис. 270, 271. Старческое слабоумие. Образцы почерка. Для исследования почерка больным предлагалось написать: «Я лечусь в Киевской психоневрологической больнице имени академика Павлова».



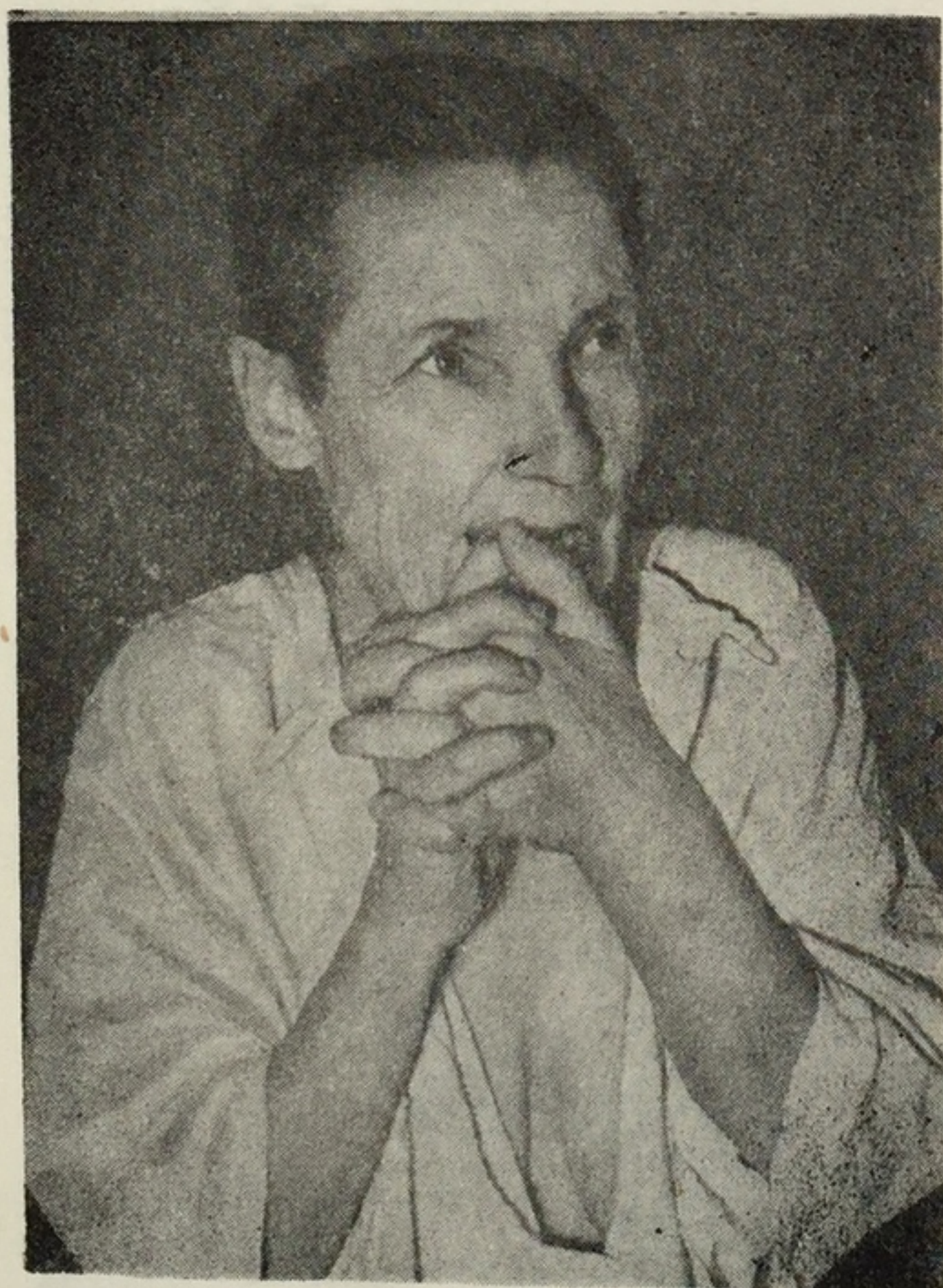
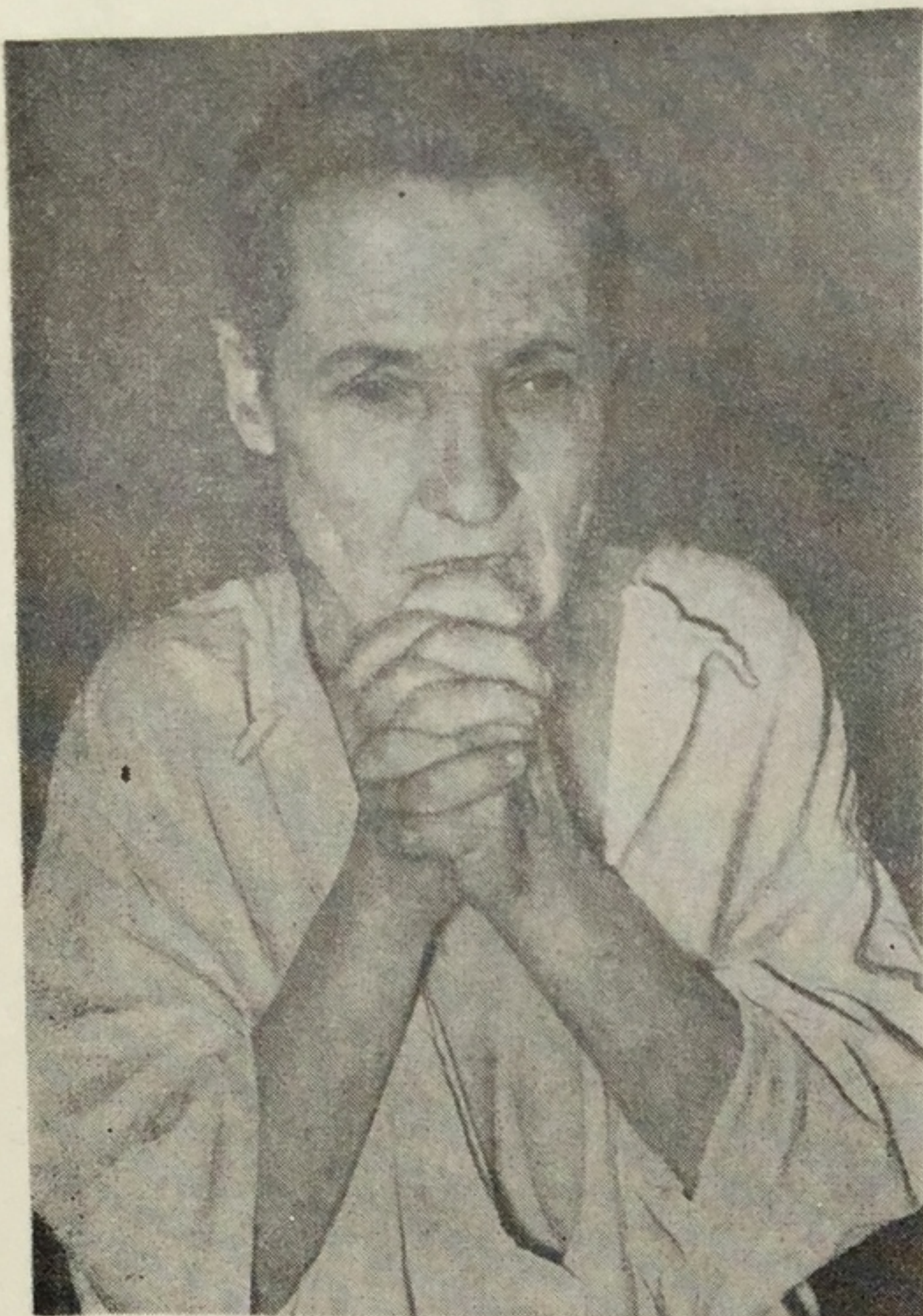


Рис. 272—274. Больная М., 60 лет.  
Болезнь Пика.

В возрасте 45 лет перенесла тяжелую психическую травму. Вскоре после этого родственники замечали, что больная забывала слова, иногда неправильно ими пользовалась. Но продолжала работать. В возрасте 57 лет за несколько месяцев до поступления в больницу состояние больной ухудшилось: забывала названия и назначения предметов, затруднялась в правильном пользовании словами. Не могла самостоятельно есть, стала бездеятельной, беспомощной. В больнице состояние прогрессивно ухудшалось — речь бессвязна, смысл задаваемых вопросов не понимает, эхоталитически их повторяет. Не выполняет простейших заданий из-за апрактических расстройств. Временами кричит, беспокойна. Неопрятна, совершенно беспомощна.

Во время фотосъемки: слабоумна, благодушна, суетлива, беспомощна, речь невнятная — набор непонятных слов. Часами бесцельно бродит по коридору, палате, смеется, выкрикивает пронзительные звуки, много раз повторяемые: «та-та-та-та...» Соматическое состояние в пределах возрастных изменений. Органических невро-

логических симптомов не обнаруживается. Анализы мочи, крови, реакция Вассермана в крови, рентгенологическое исследование — без особенностей.





Рис. 275. Больная К., около 70 лет.  
Болезнь Пика.

В больнице находится полтора года. Больная была подобрана каретой скорой помощи на улице. Больная обнаруживает грубые расстройства памяти на текущие и давнопрошедшие события. Не помнит своего адреса, имени и отчества. Никаких сведений дать о себе не может. Обнаруживает явления амнестической, сензорной афазии, апрактические симптомы. Благодушна, суетлива, не может найти свою палату.

Во время фотосъемки: глубоко слабоумна, грубые нарушения памяти. Больная пользуется только одной стереотипной фразой, многократно повторяемой самостоятельно или когда к ней обращаются с вопросами: «Я Кизян... Кизян, нет матери... отца, никого нет...». Благодушна, беспомощна, неопрятна. Задание мотать в клубок нитки выполнить не может — крутит клубок в руках, не знает, что с ним делать.

Физическое состояние: тоны сердца глухие, над легкими коробочный перкуторный звук, дыхание ослаблено. В моче следы белка, гиалиновые цилиндры 4—5 в препарате. РОЭ 30 мм в 1 час. Неврологических органических симптомов нет.

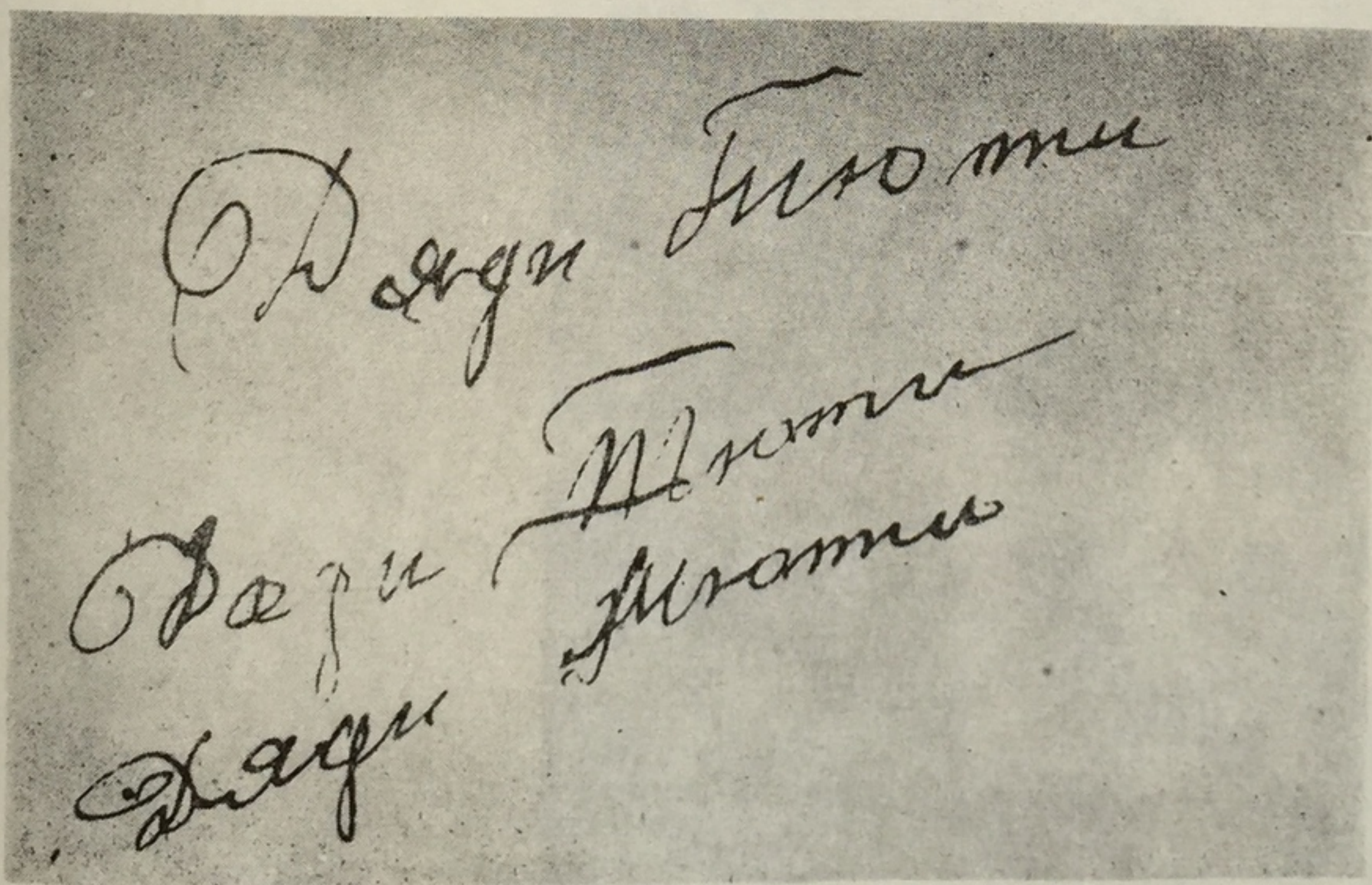


Рис. 276. Болезнь Пика. Образец письма.



Рис. 277. Старческое слабоумие. Больная с куклой. А. Мари (A. Marie). Слабоумие. 1906. Снимок из «икконографии Сальпетриера». Париж.



Рис. 278. Ф. де Гойя (F. de Goja). Старческое слабоумие. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и в графике. 1958.



### ПРЕСЕНИЛЬНЫЙ, ПРЕДСТАРЧЕСКИЙ ПСИХОЗ

Заболевание развивается в пресенильно-климактерическом периоде; протекает в виде группы синдромов, состоящей из депрессивного (инволюционная меланхолия) (рис. 279), депрессивно-параноидного (часто с синдромом Котара) с выраженными аффектами тревоги и страха (рис. 280) симптомокомплексов, синдромов ажитированной депрессии, кататоноподобных состояний (так называемая поздняя кататония), параноида (так называемый пресенильный бред ущерба, «инволюционная паранойя», «инволюционная парафрения»). Прогноз в большинстве случаев неблагоприятен. Лечение симптоматическое. В ряде случаев так называемый пресенильный психоз является поздним дебютом шизофрении, циркулярного психоза, психогений и т. д., осложненных пресениумом — предстарческими возрастными изменениями, климаксом и присоединяющимся артериосклерозом.



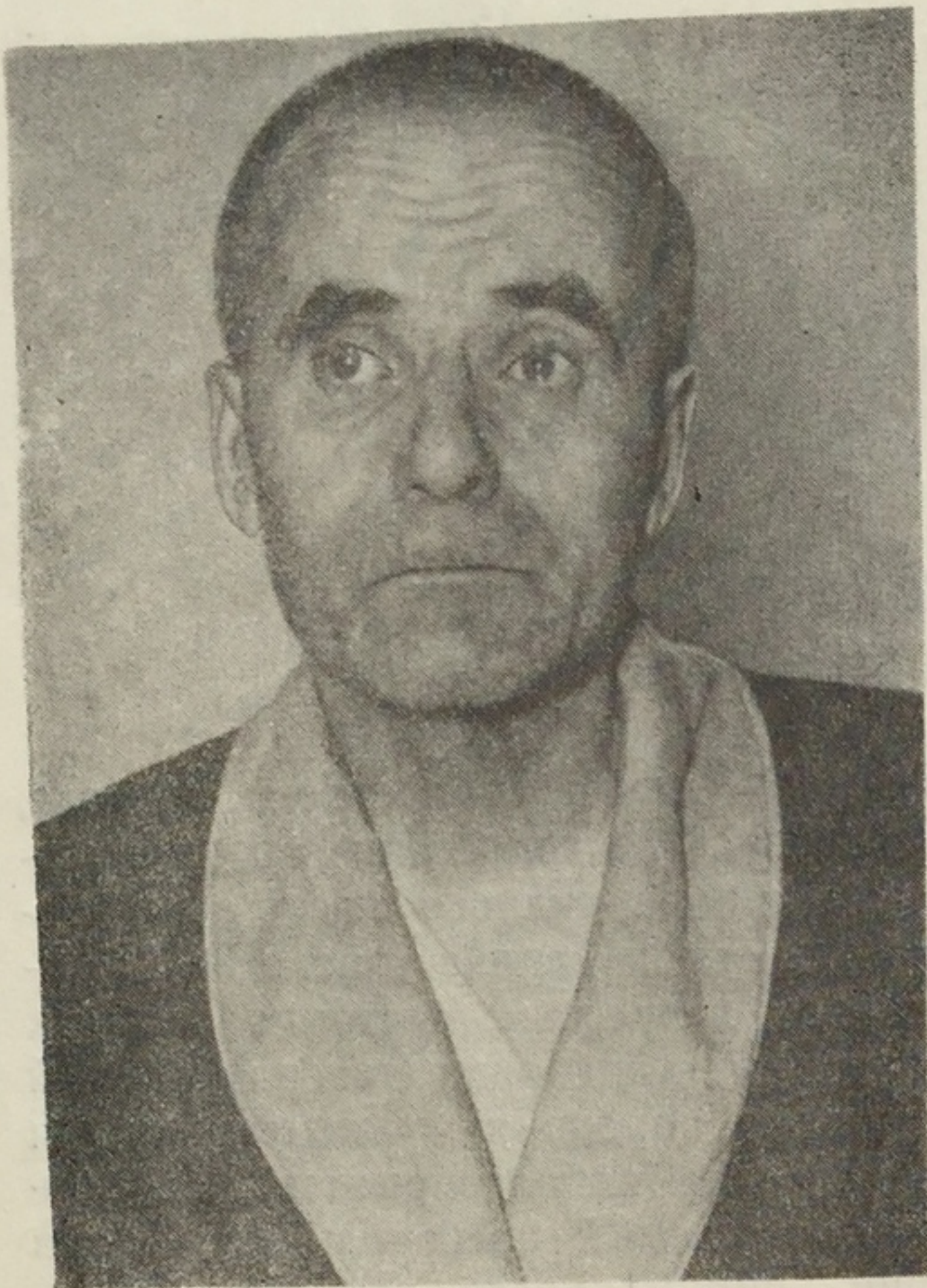


Рис. 279. Больной Б., 55 лет. Пресенильный психоз. Депрессивно-параноидный синдром.

Болен около полутора лет. Появились мысли о заражении сифилисом; считал, что гниет, что заразил сифилисом жену, детей, дальних родственников и даже домашних животных. Посещал венерологический диспансер, водил в диспансер своих родственников. Считал себя «великим грешником», был подавлен, полон страха, тревоги, ежеминутно ожидал смерти. Утверждал, что в течение месяца у него не было стула, плохо спал, пытался биться головой о стену.

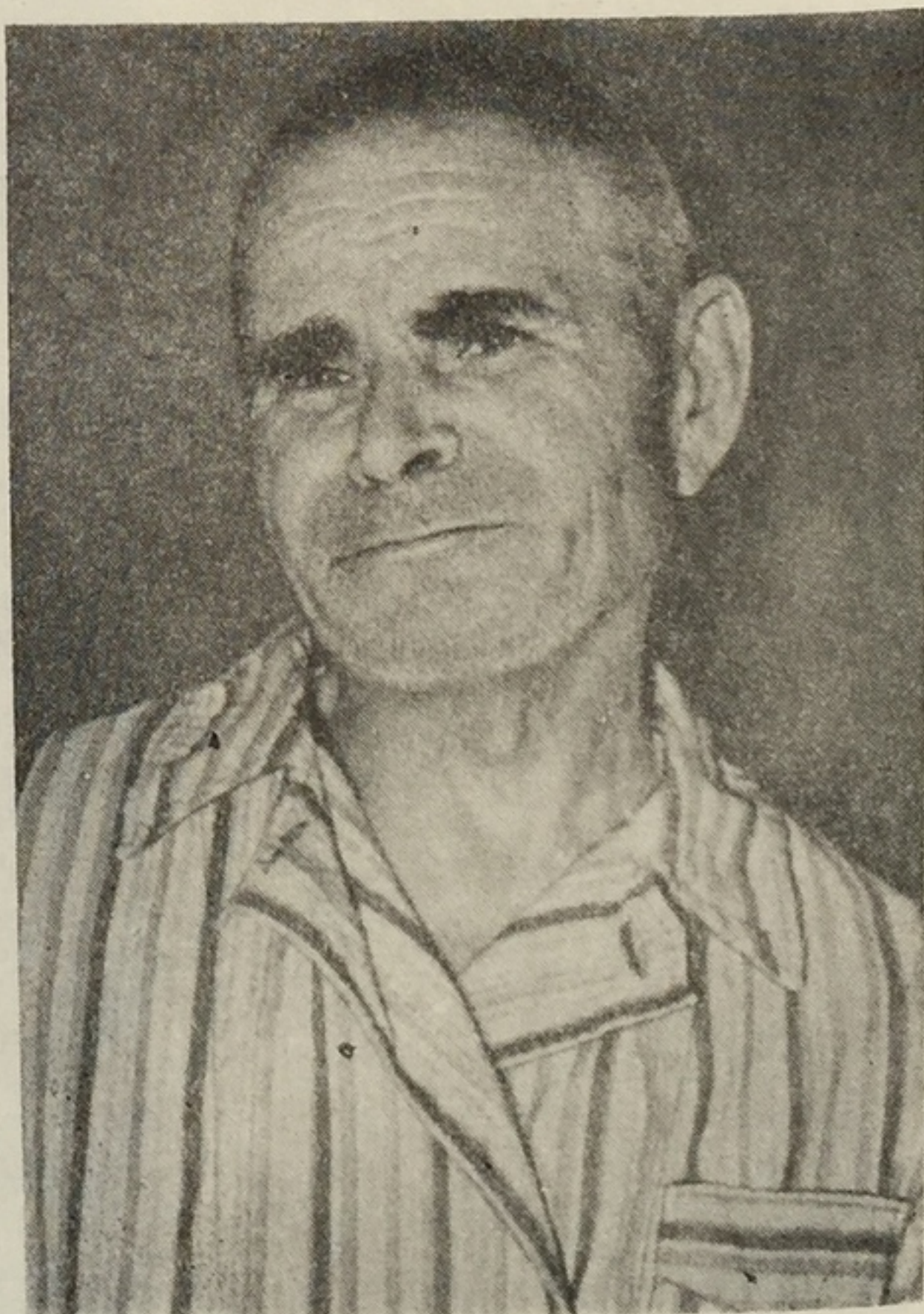
Во время фотосъемки: тревожен, плачет, считает, что все его родственники — 18 человек — умерли от сифилиса, просит отправить его домой увидеть «братскую могилу». Заявляет, что должен умереть. Со стороны внутренних органов грубых патологических изменений не определяется. Данные лабораторных исследований без особенностей.

Рис. 280. Больной Ц., 67 лет. Пресенильный психоз. Депрессивно-параноидный синдром.

Заболел в возрасте 65 лет после психической травмы. Появились тревога, страх, говорил, что его казнят. При поступлении в больницу заявлял, что его должны убить. В больнице — состояние выраженного страха, периодически — состояние возбуждения: падает с кровати стремится бежать, повторяет одну и ту же фразу — «убейте меня». Ест плохо, оказывает большое сопротивление лечебным процедурам, мало спит.

Во время фотосъемки: подавлен, тревожно-боязливое напряжение, малодоступен, бредовые идеи преследования.

Физически слаб, худ, дрожание пальцев рук, кожа дряблая. Двусторонняя паховая грыжа. Левая граница сердца расширена на 1,5 см, сердечные тоны глухие, систолический шум на верхушке. Акцент 2-го тона на аорте, тахикардия. Пульс твердоватый, 110 уд. в 1 минуту, арт. давл. 170/100 на обеих руках. Органических неврологических симптомов не отмечено. Данные лабораторных исследований без особенностей.



Так  
тия, си  
органич  
сов, пор  
щих реб  
или сте  
ность.

Иди  
пень ол  
приятия  
Возмож  
запаса  
низких  
гательн  
ность к  
больных  
звуках,  
простей  
обнаруж

Име  
но с ид  
простей  
вильног  
простые  
общие в  
ные воз  
цила. П  
На пове  
щаемост

Деб  
ственно  
ными у  
бостью  
шенной  
этическ  
Иногда  
ность)  
вития



## ОЛИГОФРЕНИЯ

Так называемое врожденное слабоумие, задержка психического развития, синдром психического недоразвития, большей частью обусловленный органическими болезненными изменениями вследствие болезненных процессов, поражающих эмбриональный мозг, в результате заболеваний, поражающих ребенка на ранних, начальных ступенях развития. Основными формами или степенями олигофрении являются идиотия, имбецильность и дебильность.

**Идиотия** (рис. 295—299) — самая глубокая и тяжелая форма — степень олигофрении, при которой обнаруживается резкое затруднение восприятия внешних впечатлений ввиду затруднения фиксации внимания. Возможны лишь отдельные, текущие восприятия, не создающие никакого запаса жизненных сведений. Эмоциональная жизнь находится на самых низких и грубых ступенях развития и проявляется лишь в примитивно-двигательных выражениях удовольствия и неудовольствия, наблюдается склонность к однообразным движениям при общей психомоторной дефектности больных. Речь большей частью отсутствует либо выражается в отдельных звуках, криках и т. п. Больные неопрятны мочой, калом, не могут усвоить простейших навыков жизненного обихода. Половое чувство либо вовсе не обнаруживается, либо проявляется в мастурбации.

**Имбецильность** (рис. 292, 293, 302, 303) — менее глубокая (сравнительно с идиотией) степень олигофрении, при которой возможно приобретение простейших школьных сведений, но обнаруживается невозможность правильного, самостоятельного их употребления. Больные могут усваивать простые жизненные навыки, но обычно отсутствуют абстрактные понятия, общие взгляды, общие понятия. Слабость суждения, сравнения, ограниченные возможности образования понятий дополняют характеристику имбецила. Половое влечение развито слабо, иногда проявляется в перверзиях. На поведение имбецилов оказывает большое влияние их повышенная внушаемость.

**Дебильность** (рис. 294, 301, 304—307) — наиболее легкая степень умственной отсталости, могущая быть компенсированной воспитательно-учебными условиями. Проявляется главным образом в начальных степенях слабости памяти, суждения, поверхностностью эмоциональных движений, повышенной податливостью посторонним влияниям, иногда дефектами морально-этических чувствований, ограниченным содержанием жизненного опыта. Иногда на фоне общей дебильности (включая и двигательную недостаточность) обнаруживается какая-либо частичная одаренность в области развития отдельных способностей.



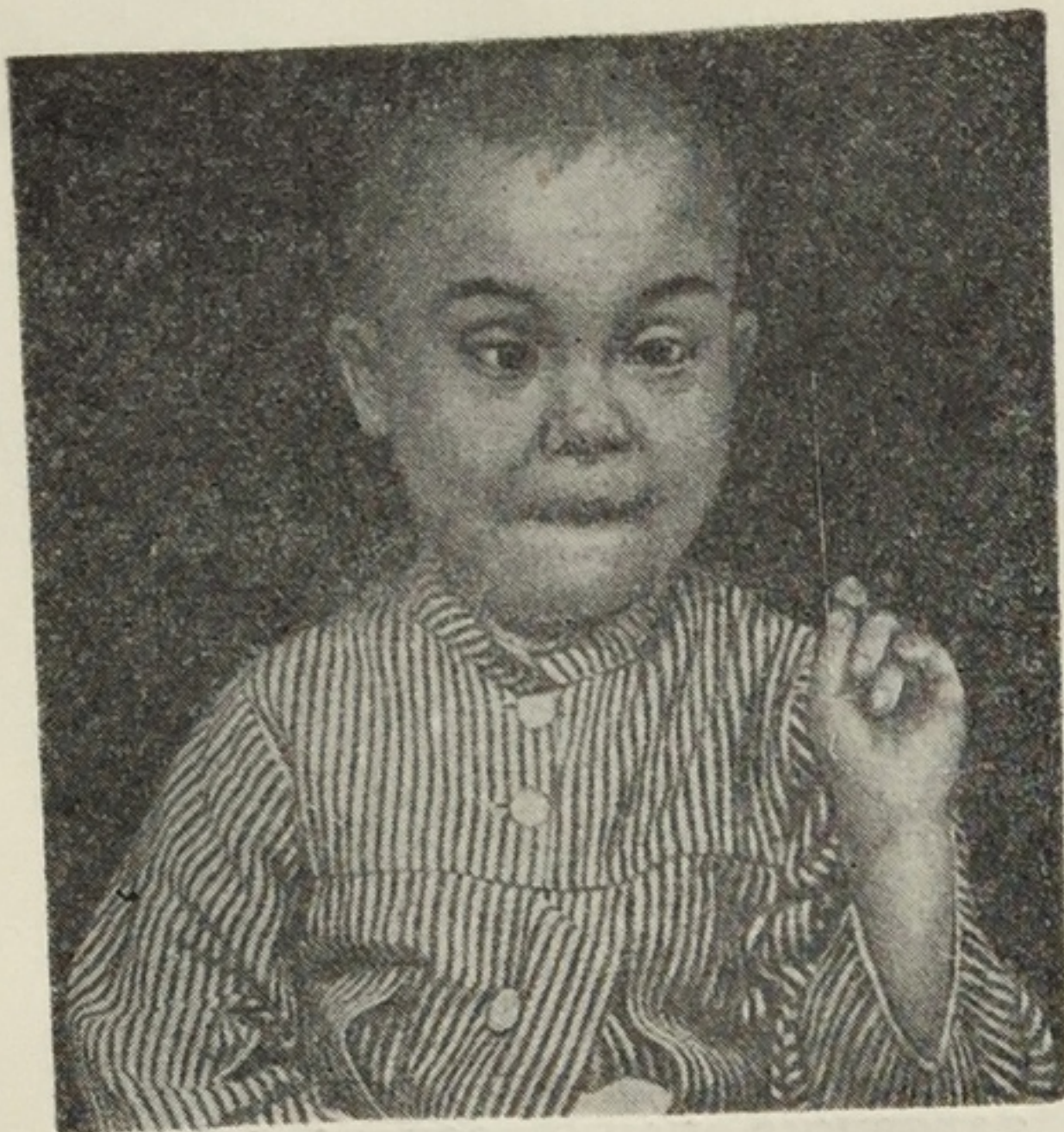


Рис. 281. Олигофрения. Болезнь Дауна Л. Даун (Langdon Down), 1866. Бурневиль (Bournewille). «Иконография Сальпетриера».



Рис. 282. Олигофрения. Болезнь Дауна. Е. Крепелин (E. Kraepelin). Учебник психиатрии, 1915.

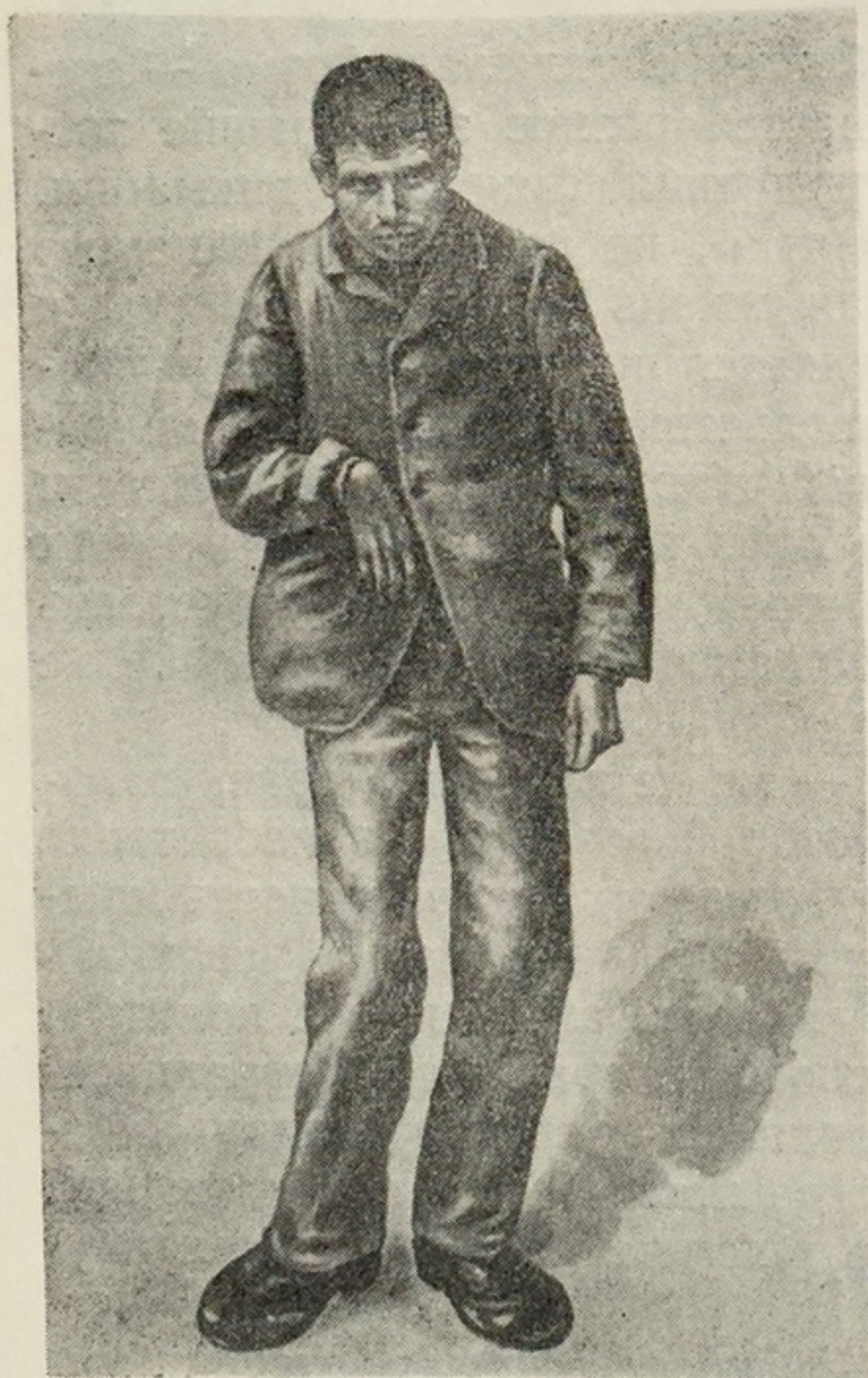


Рис. 283. Олигофрения. Идиотия — пороэнцефалия. Спастический парез, цианотические кисти рук, слюнотечение. При эпилептиформном припадке ушиб уха, отематома В. Вейгандт (W. Weygandt). Атлас психиатрии. 1902.

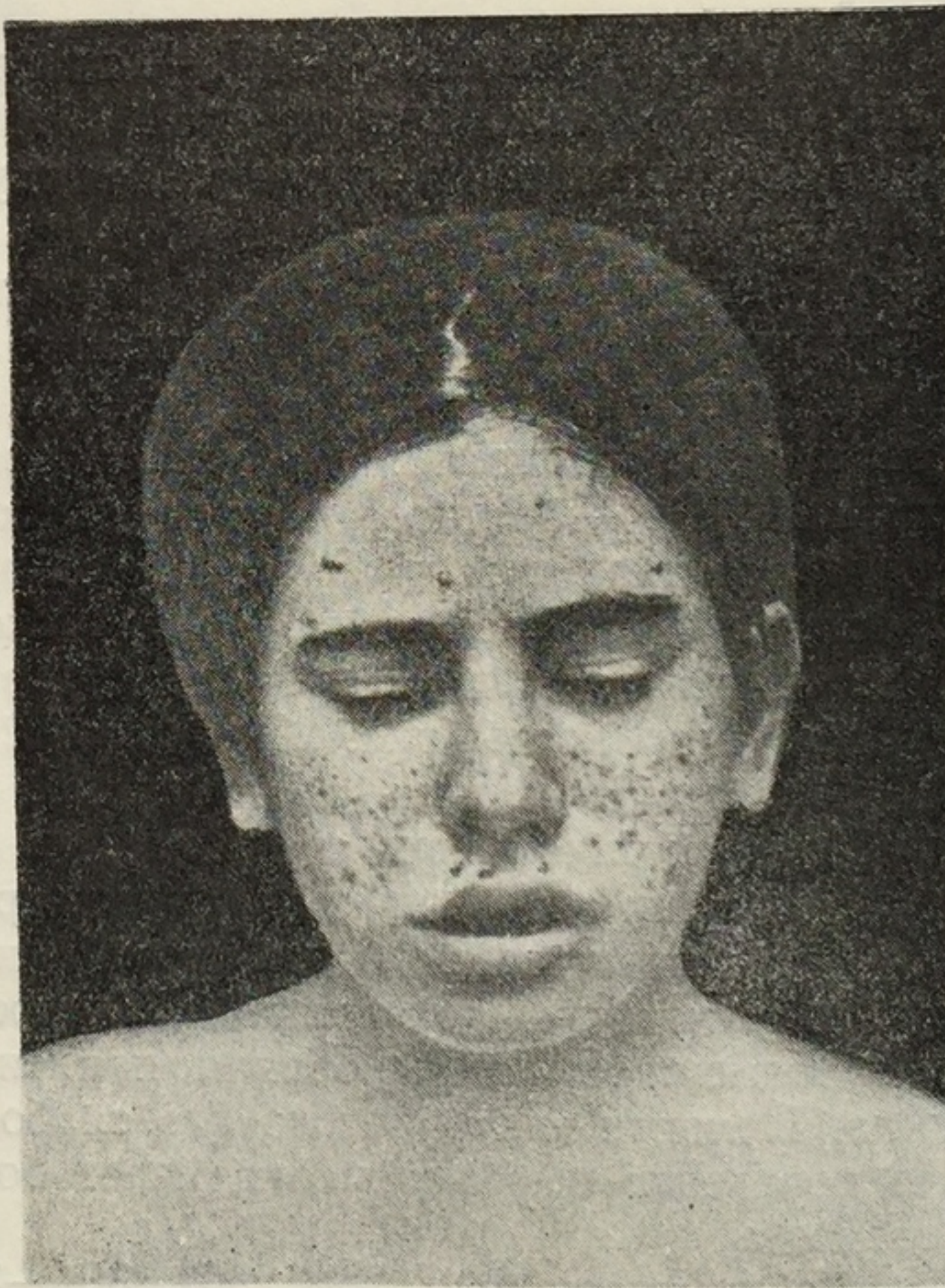


Рис. 284. Олигофрения. Туберозный склероз, Е. Крепелин (E. Kraepelin) Учебник психиатрии, т. IV, 1915.



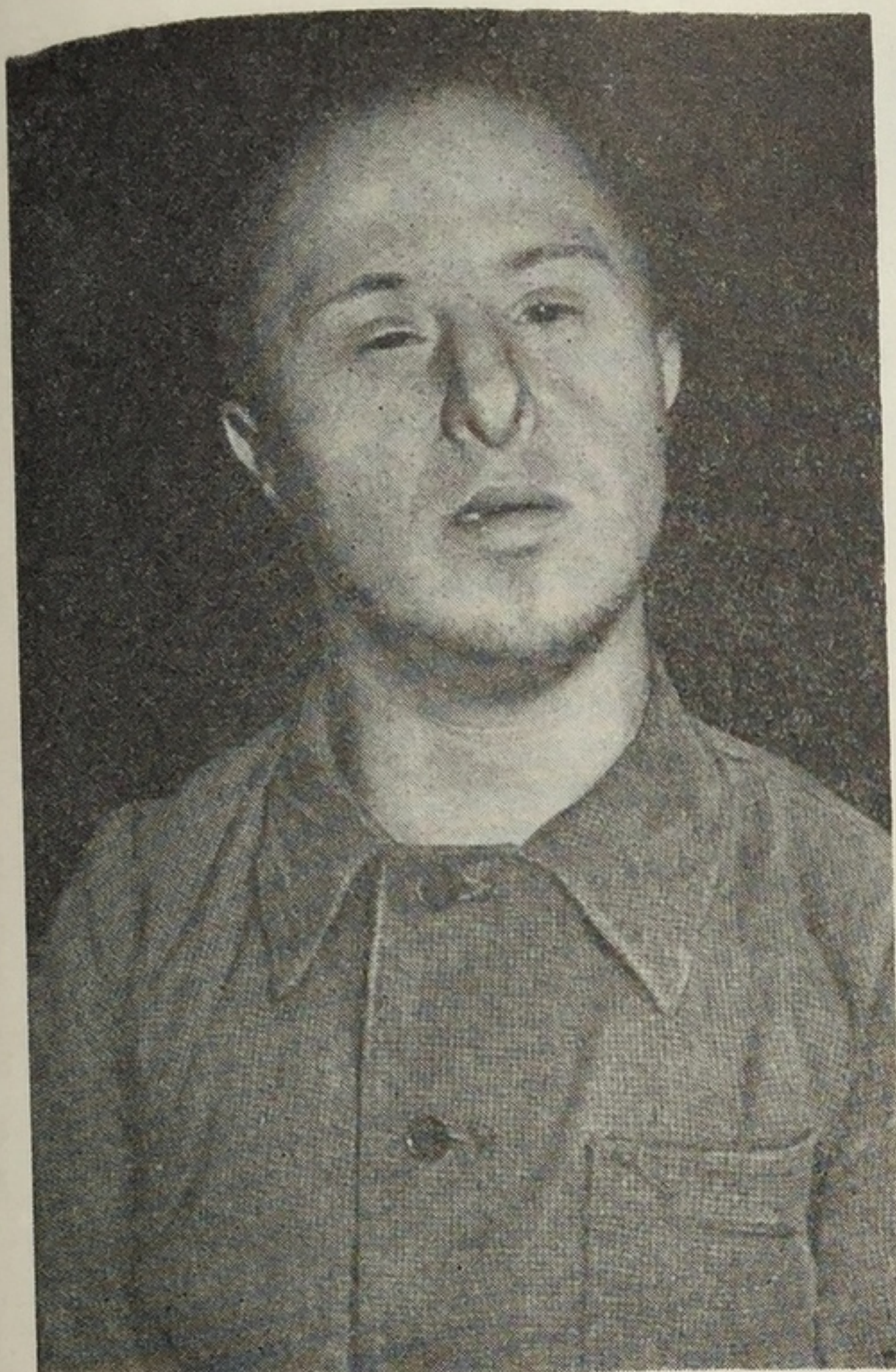


Рис. 285. Больной Б., 16 лет. Олигофрения. Болезнь Дауна, нерезко выраженная.

Родился на 8-м месяце беременности с помощью акушерских щипцов. В возрасте 4 лет перенес менингит, 2 года не ходил. Речь не развивалась. Физическое развитие отстает от возраста. Диспластичен. Долихоцефалия с асимметрией лица. Неправильно растущие зубы с изъеденными краями. Язык утолщен. Шея удлинена. Руки, ноги и пальцы укорочены. Ноги саблевидные.

Внутренние органы без отклонений. Левое глазное яблоко отплывает кнаружи. Слева симптом Хвостека. Язык отклоняется слегка влево. Симптом Оппенгейма с двух сторон. Слева симптом Бабинского. Владеет несколькими словами. Речь невнятна. Движения угловаты, неуклюжи, благодушен. Ест сам. Владеет простейшими навыками по самообслуживанию. Склонен к совершению нелепых поступков — выбрасывал вещи через окно.

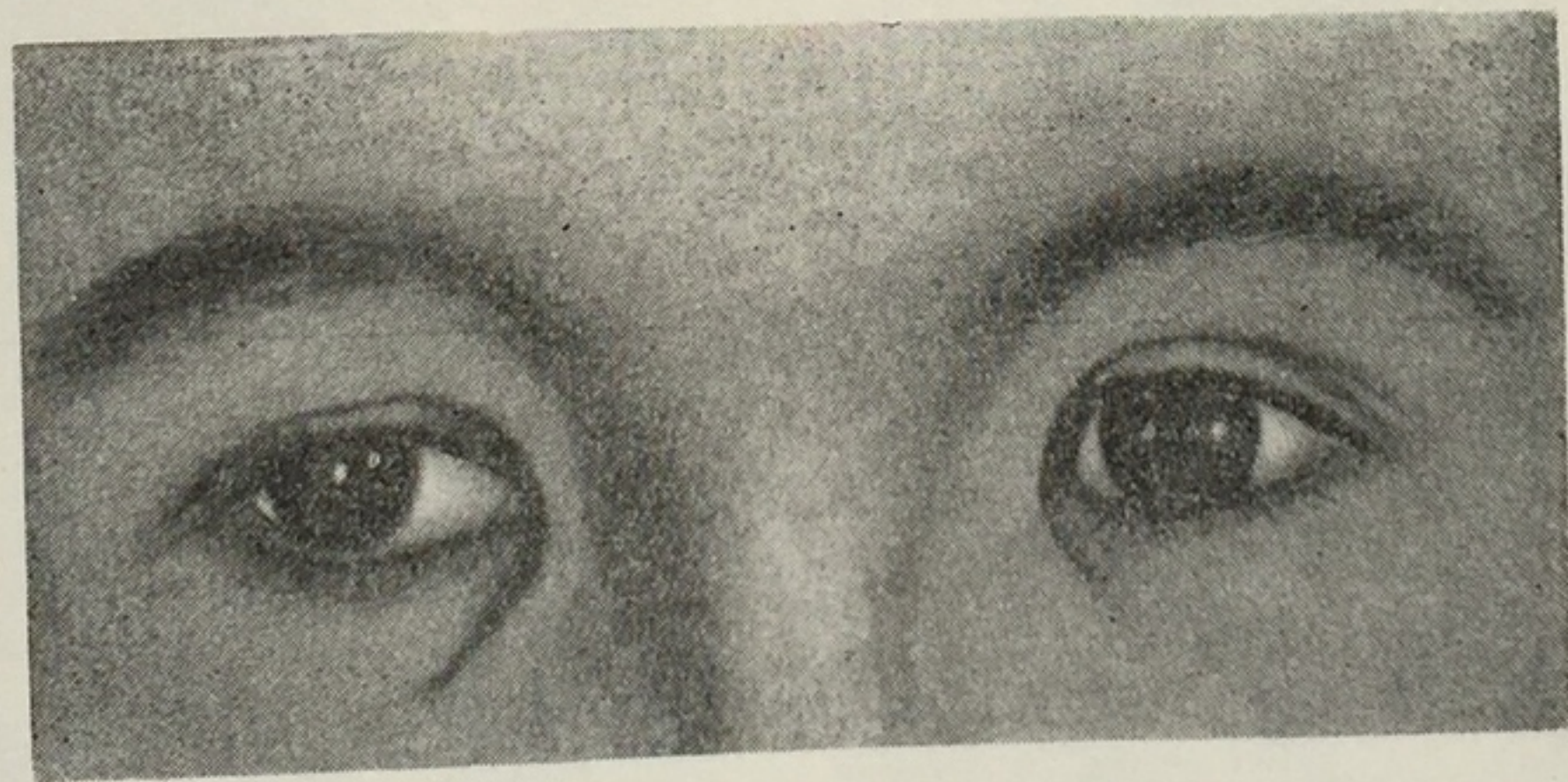


Рис. 286. Симптом добавочного (третьего) века. Epicanthus при болезни Дауна. З. Мисливечек (Zdeněk Mysliveček), Частная психиатрия, 1959, Прага.





Рис. 287, 288. Олигофрения. Микроцефалия. Машута. С. С. Корсаков. Избранные произведения. М., 1954.

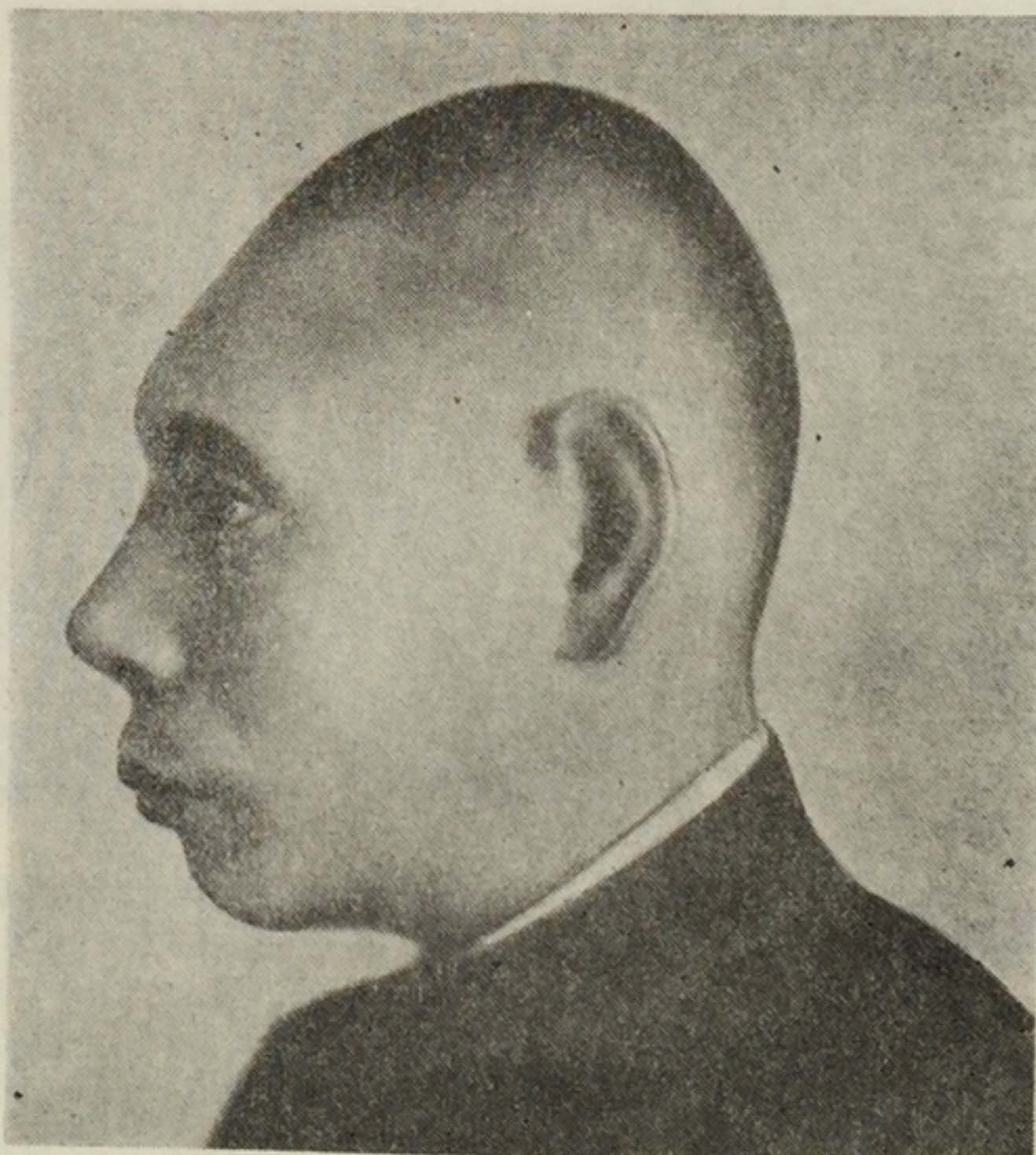


Рис. 289, 290. Олигофрения. Микроцефалия (микроэнцефалия). П. И. Ковалевский (1850—1922, Харьков). Умственно отсталые дети. 1898.





Рис. 291. Олигофрения. Микроцефалия (микроэнцефалия).

В. Вейгандт (W. Weygandt). Атлас психиатрии. 1902.

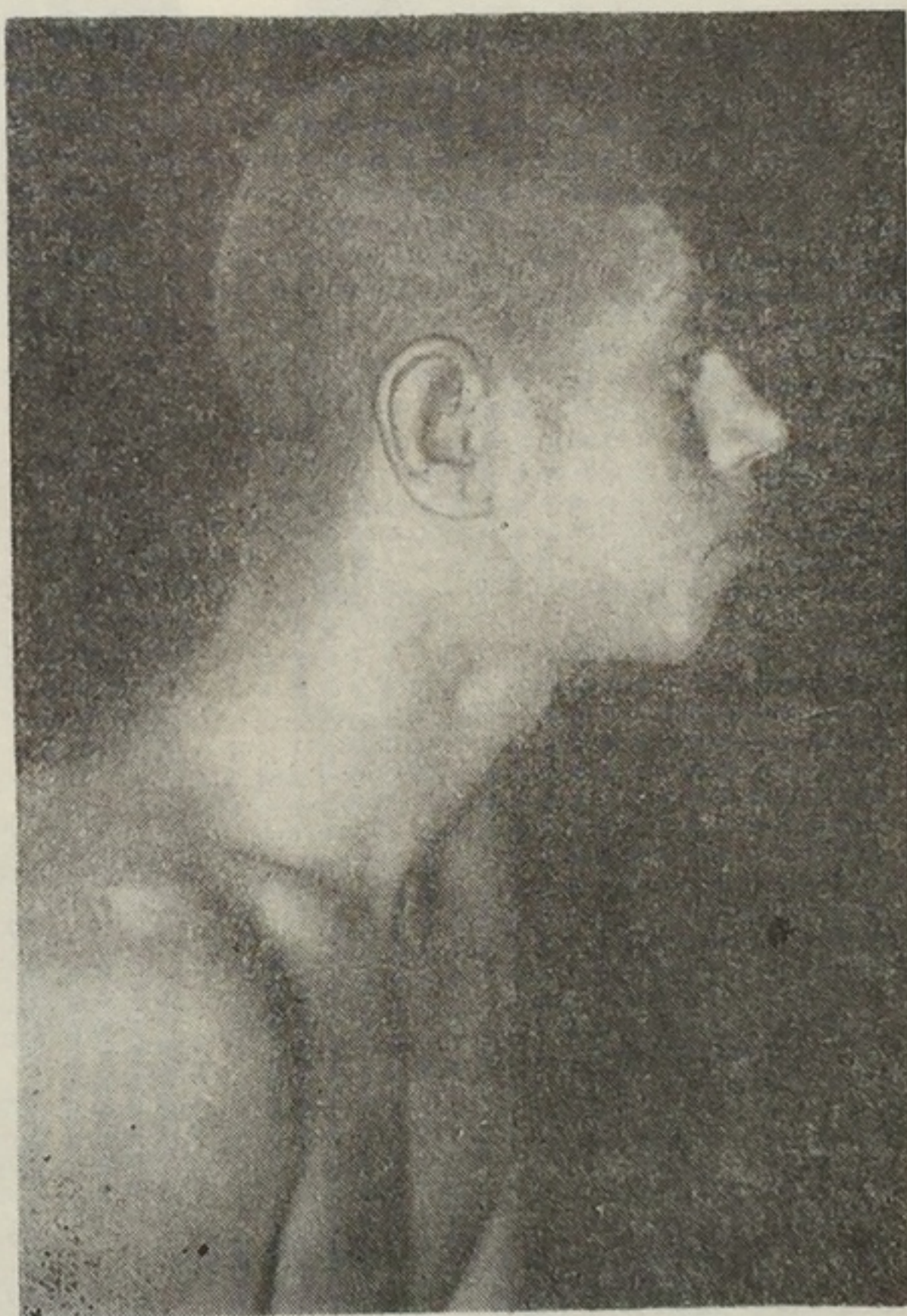
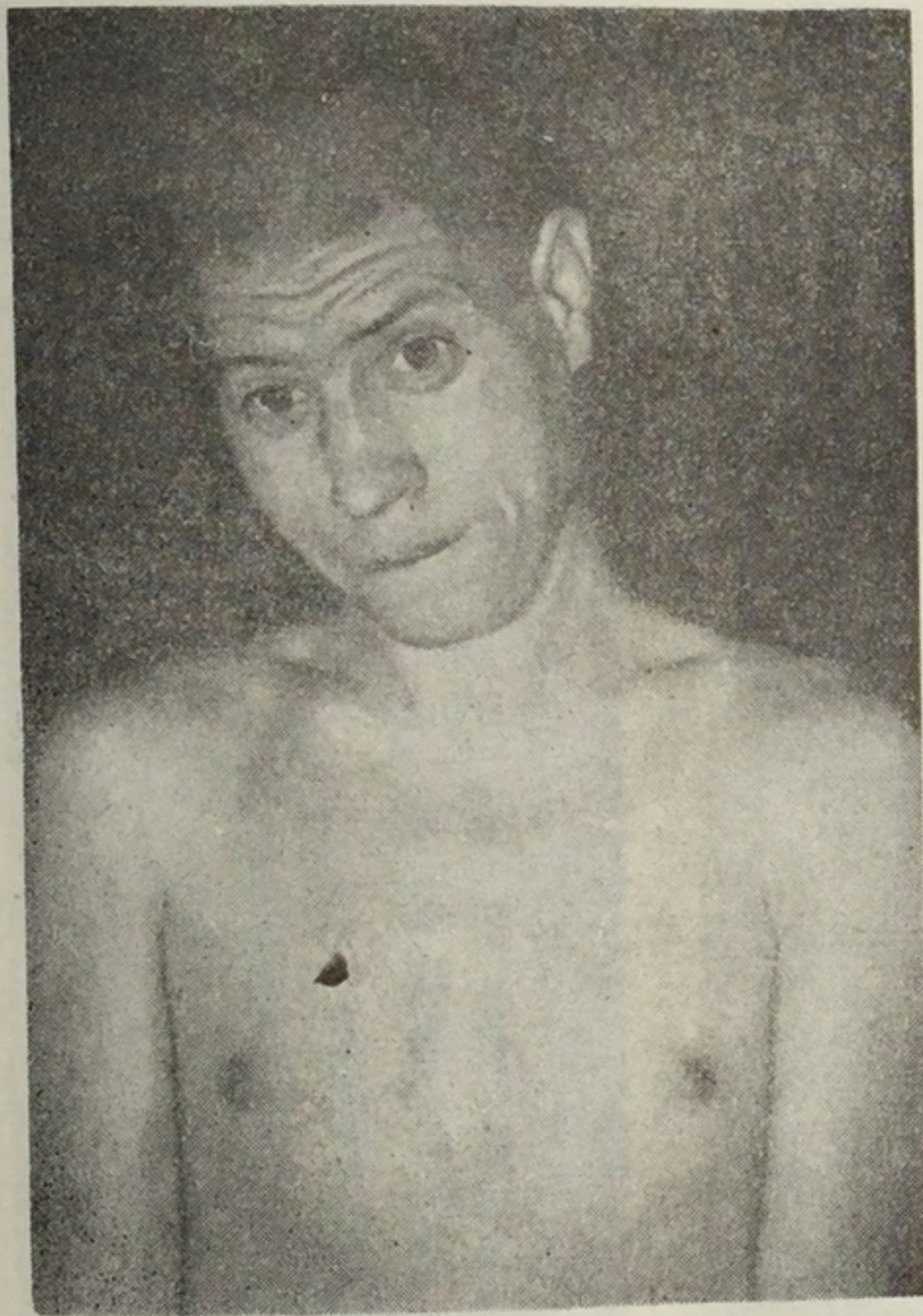


Рис. 292, 293. Больной К., 23 лет. Микроцефалия. Олигофрения. Имбецильность.

Мать страдала тяжелым токсикозом во время беременности больным. Роды продолжались трое суток. Развивался плохо. Речь шепелявая, невнятная, словарный запас крайне скуден — ограничен наиболее ходкими словами. Может выполнять лишь элементарные действия по просьбе. Владеет навыками элементарного самообслуживания. Заявляет, что ему 7 лет, счета не усваивает —  $5 + 2$  отвечает 2. В больницу поступает часто в связи с возбуждением агрессивно-разрушительного характера.

Голова непропорционально мала, лоб резко покатый, узкий, шея и руки длинные. Со стороны внутренних органов и неврологического состояния особых отклонений от нормы не обнаруживается. Анализы мочи, крови, реакция Вассермана в крови, данные рентгенологического исследования без особенностей.



Рис. 294. Больной К., 25 лет. Олигофрения.  
Выраженная дебилость.

В шестилетнем возрасте перенес энцефалит. В течение двух лет не мог ходить. Отставал в психическом развитии — шепелявил, учился в школе для умственно отсталых детей: с трудом научился читать, совершенно не усваивал арифметику. Бывал раздражительным, агрессивным по отношению к родным. За последние 3—4 года резко прибавил в весе, сделался тучным. За 3 месяца до поступления в больницу состояние ухудшилось: ночами мало спал, был гневливым, агрессивным — швырнул в мать нож, гонялся за ней с палкой.

Во время фотосъемки: косноязычен, счет в пределах десятка не удается; вместе с тем обстоятельно передает содержание прочитанного им, знает имена многих писателей и ученых, названия их произведений и открытий. Общее ожирение, огромный живот, большой язык. Сутуловат. Глухие тоны сердца. Органических неврологических симптомов нет.

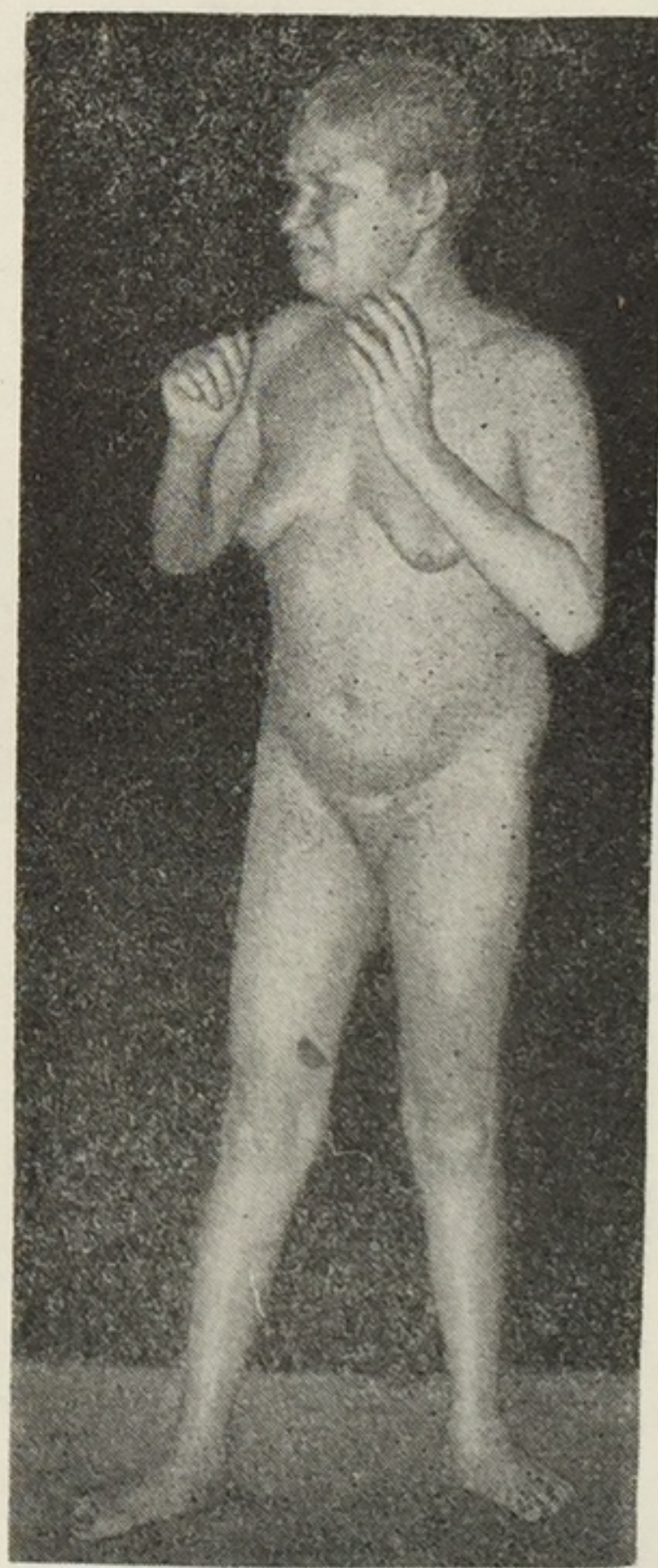
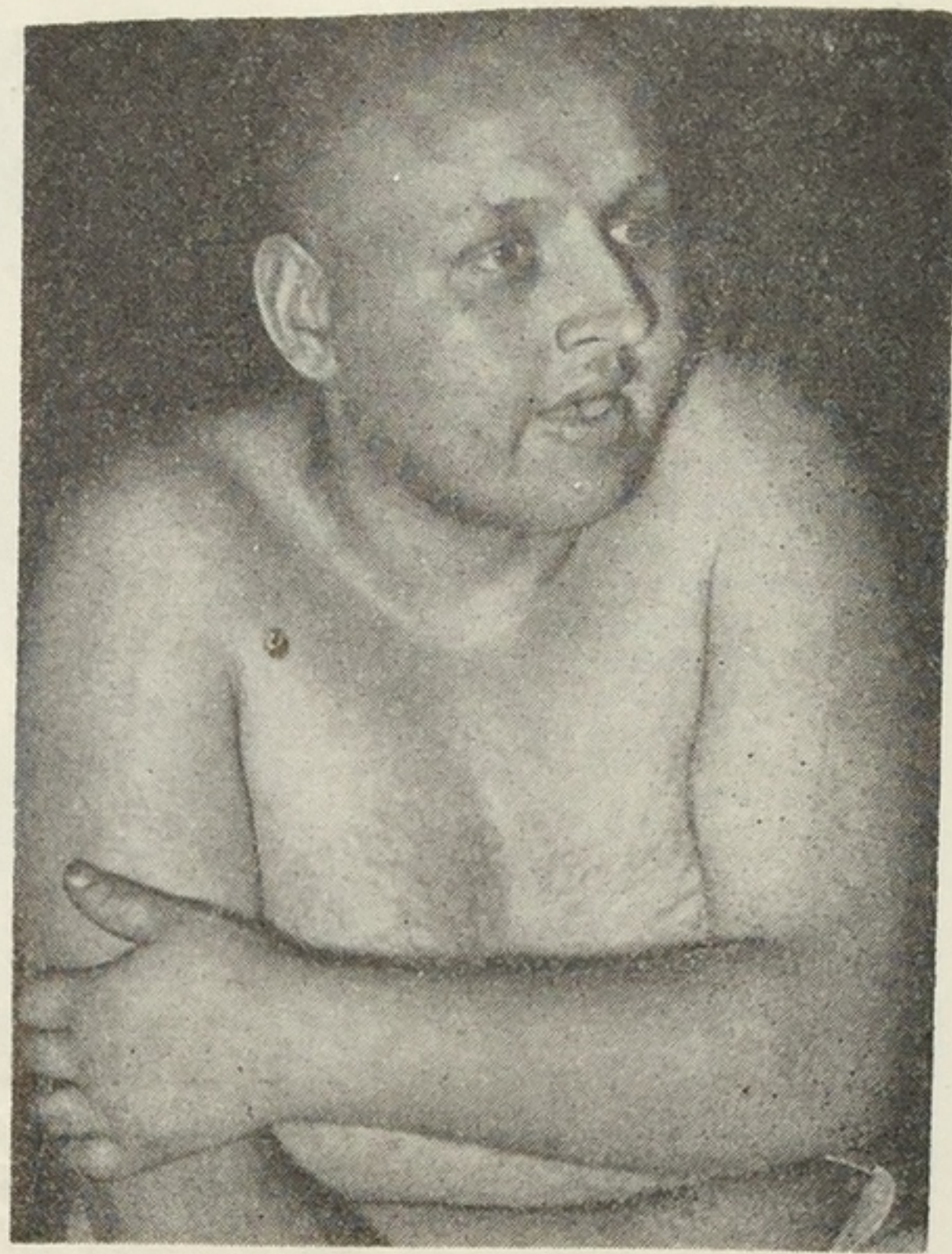


Рис. 295—297. Больная Н., 20 лет. Идиотия.

В психиатрической больнице находится 5 лет. Издаёт невнятные звуки, беспорядочно жестикулирует, не реагирует на обращение. Твердую пищу ест руками, жидкую пищу есть не научилась. Сама одеться не может. Неопытна мочой и калом.

Ниже среднего роста, диспластического телосложения, резкое плоскостопие. Левая граница сердца на 1 см расширена. Тоны сердца приглушены. Артериальное давление 100/55. Нижний край печени на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка пальпируется — выступает на 2 см из-под края реберной дуги, уплотнена. Выпадение прямой кишки. Коленные рефлексы понижены, рефлексы с ахиллова сухожилия слева больше, чем справа, симптом Бабинского справа.



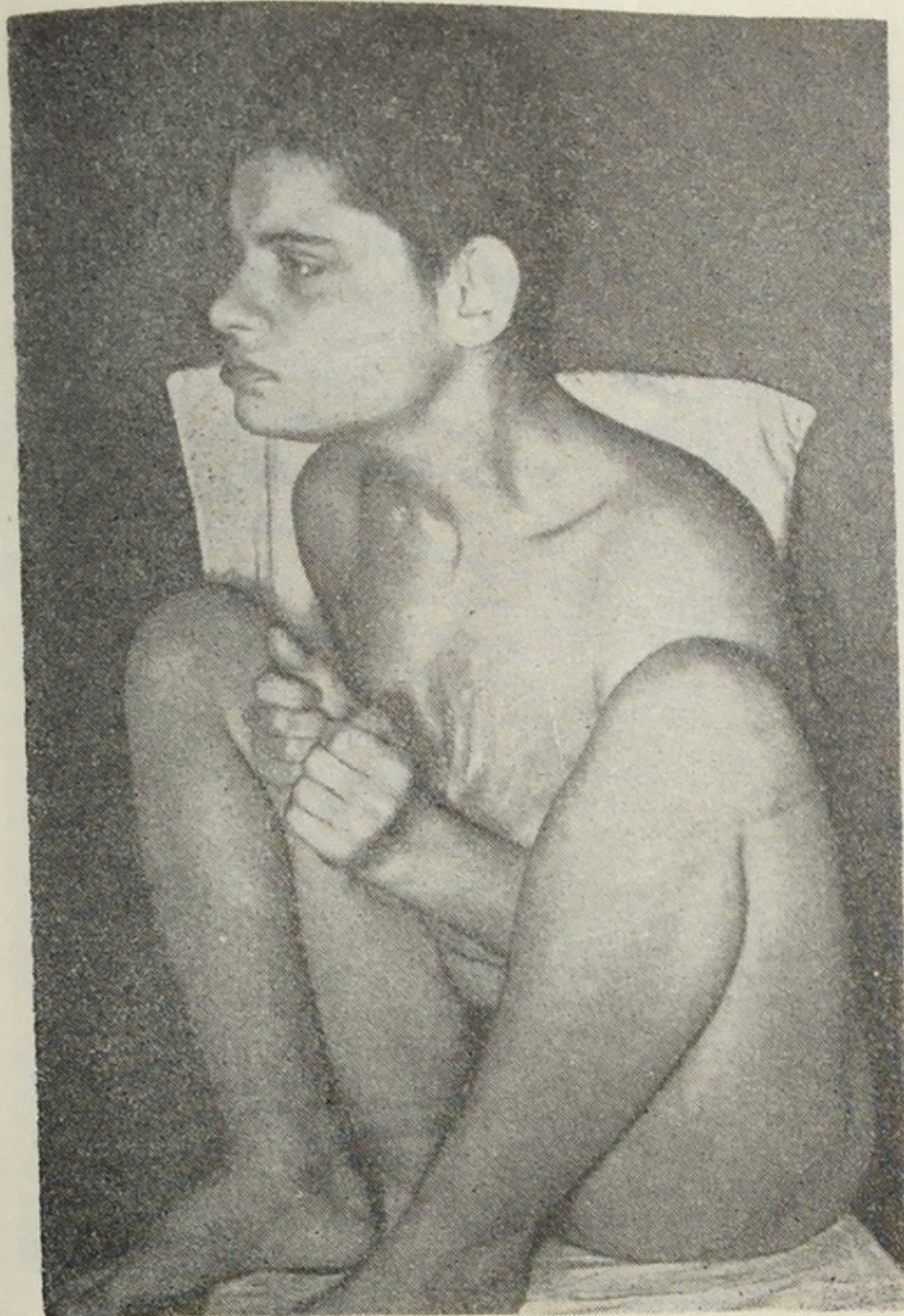


Рис. 298, 299. Больная, Т., 23 лет. Олигофрения. Идиотия.

Речь не развивалась, навыков не могла приобрести, ела руками, совершала нелепые поступки. Была каретой скорой помощи подобрана на улице раздетой и доставлена в психиатрическую больницу.

Во время фотосъемки: издает неясные звуки, указаний врача не выполняет, склонна залезать под кровати, не держит одежды, ест жадно, руками. Временами злобна и агрессивна, неопрятна мочой и калом. Походка «утиная». Голова большая. Ноги и руки несоразмерно коротки. Левая грудная железа отсутствует (результат ожога в первые годы жизни). Коленные рефлексы понижены. При исследовании внутренних органов патологических особенностей не обнаружено.



Рис. 300. Олигофрения. Микседема. Кретинизм. Глубокая имбецильность. Рейхардт (Reichardt). Диагностика психических заболеваний. 1901. Б.



Рис. 301. Больная П., 31 года. Олигофрения. Глубокая дебильность. Остаточный хореоформный синдром.

В трехлетнем возрасте перенесла менинго-энцефалит. Плохо развивалась. В дальнейшем—глухонемота, хореоформные движения туловища, рук, головы. С трудом обучилась простейшим навыкам по домашнему хозяйству, но почти ничем не занималась. В более позднем возрасте стала эротичной, грубой, агрессивной. Неоднократно помещалась в психиатрическую больницу. Во время фотосъемки: глухонемота — изъясняется жестами, мимикой. Хореоформные движения. Легко раздражается, когда чем-либо недовольна, пронзительно кричит.

Экзофтальм. Слаженность правой носогубной складки, язык при высовывании отклоняется влево. Коленные рефлексы равномерно повышены.

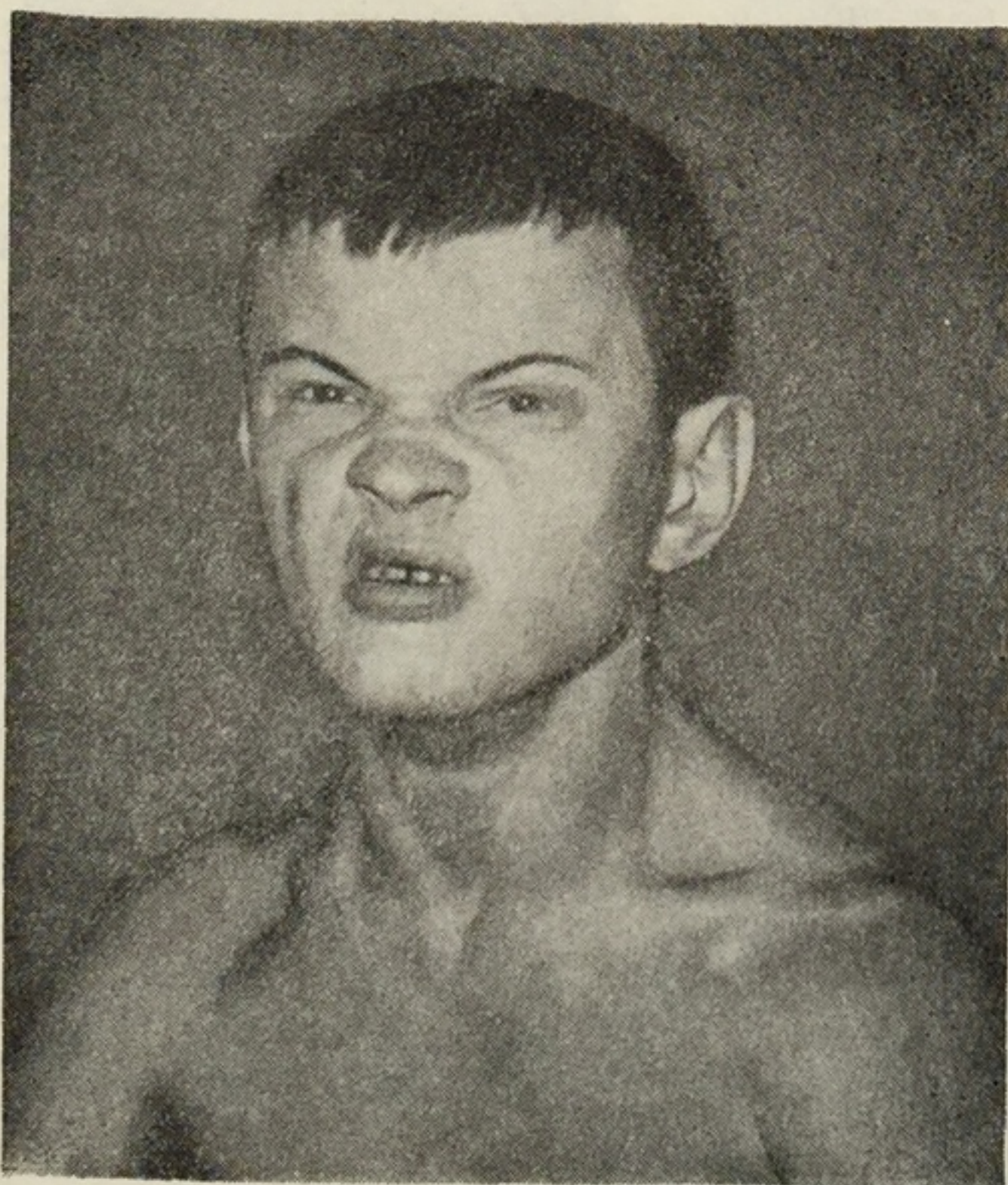
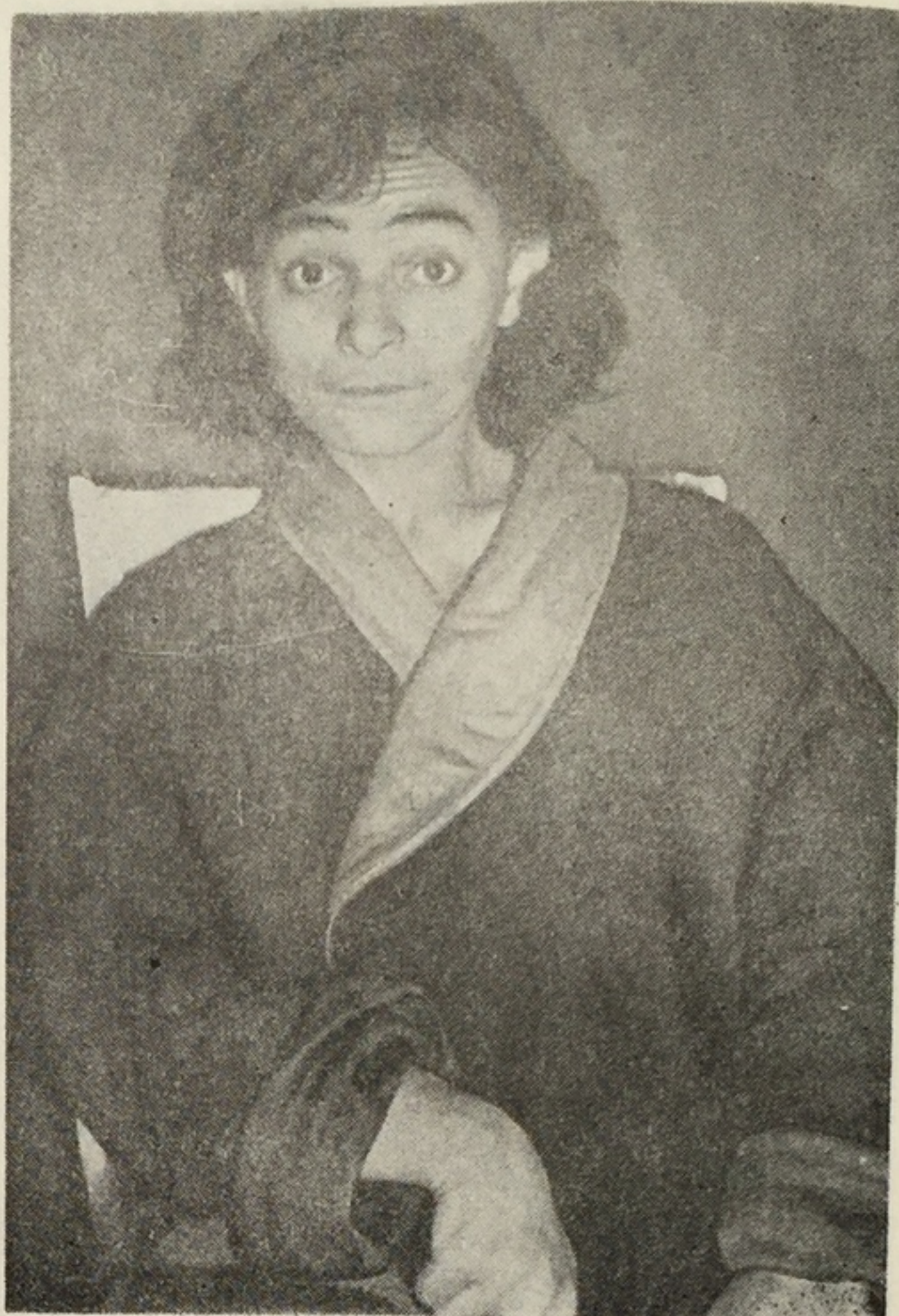


Рис. 302. Больной Б., 22 лет. Олигофрения. Глубокая имбецильность.

Мать больного во время беременности перенесла менингит. Больной с трудом научился ходить, речь не развивалась вовсе, элементарным правилам общежития не обучился. В последнее время часто возбуждается, рвет на себе одежду, царапает свое тело, дома не удерживается, блуждает по улицам, подбирает на тротуарах различные предметы, кладет их в рот. Во время фотосъемки: издает лишь нечленораздельные звуки, не держит белья, неопрятен мочой, царапает собственное тело, гримасничает, ест с помощью персонала, так как разбрасывает пищу.

Исследование внутренних органов не обнаруживает особенностей. Обе стопы деформированы — косолапость, атрофические изменения мышц левой голени. На коже ссадины и царапины после самоповреждений.





Рис. 303. Больной Л., 16 лет. Олигофрения. Глубокая имбецильность.

Ходить начал в возрасте 4 лет, речь появилась в 7 лет. Товарищей не имел, так как сверстники смеялись над ним, называли «дурачком». Житейских навыков не приобрел. До 15 лет удерживался в семье. Затем начал вести себя агрессивно — бил мать, убегал из дома, ночами не спал. Был помещен в психиатрическую больницу. Во время фотосъемки: в ответ на все вопросы шепеляво произносит лишь свою фамилию. Может по складам повторять слова вслед за говорящим. Выполняет только простые указания врача. Иногда по утрам будит больных, завидев персонал, приступая к измерению температуры у больных. Ест самостоятельно. Очень неряшлив, часто обнажается. Склонен к состояниям возбуждения и агрессивным актам. Рот всегда полуоткрыт. Мимика бедна, ограничивается выражением раздражения или спокойствия. В соматическом состоянии отмечается диспластическое телосложение, умеренная гидроцефалия.

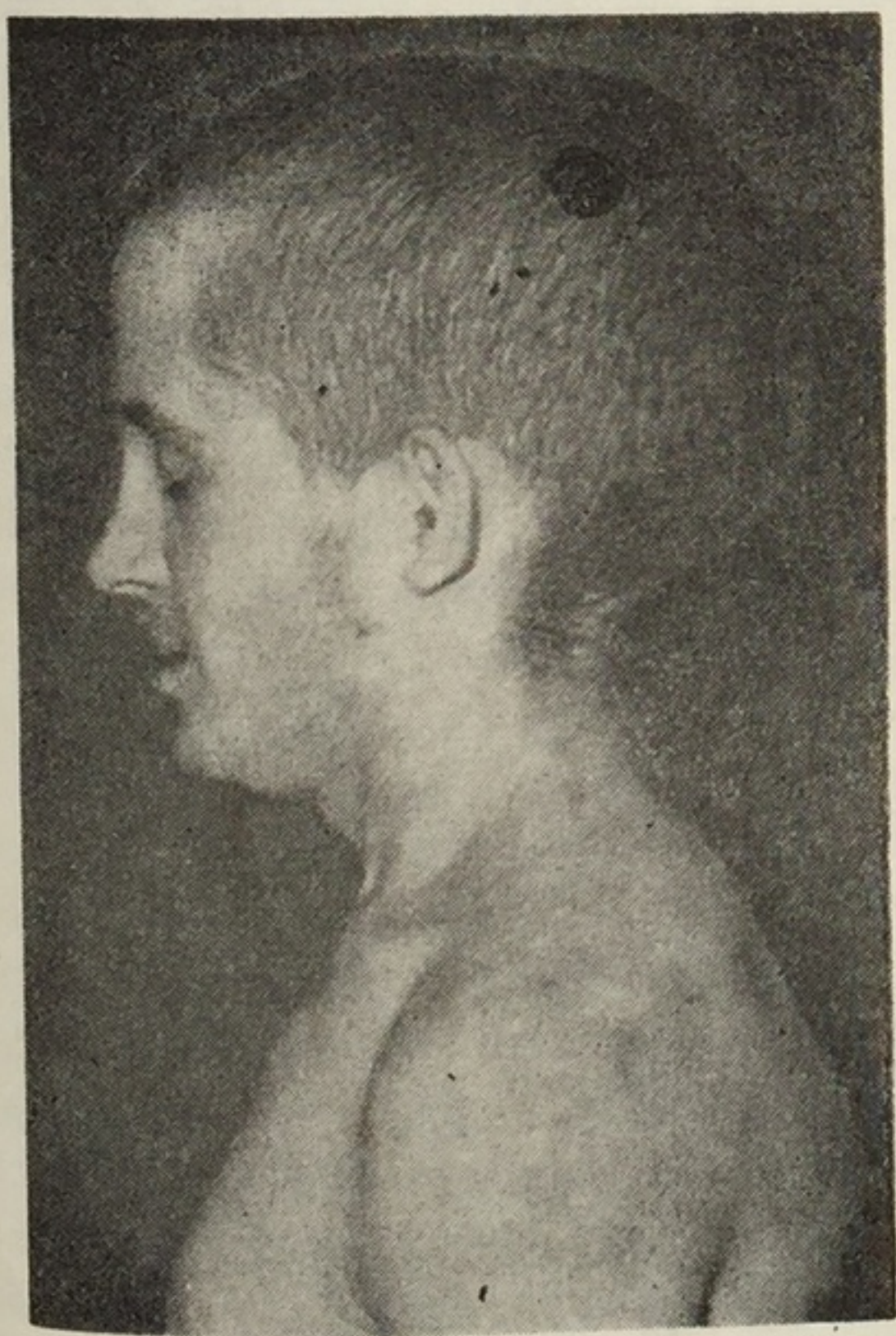


Рис. 304. Больной В. Гидроцефалия. Дебильность. Циркулярный психоз. Историю болезни см. на стр. 179.



Рис. 305. Гидроцефалия. Дебильность. В. Вейгандт (W. Weygandt). Атлас психиатрии, 1902.



Рис. 306. Больной С., 25 лет. Олигофрения.  
Дебильность.

В младенческом возрасте перенес энцефалит. До 11 лет почти не разговаривал. Окончил 4 класса школы для отсталых детей. Может выполнять простую столярную работу (под наблюдением специалиста). Периодически, в течение 1—2 мес., наблюдаются сдвиги в настроении — то становится капризным, угнетенным, молчаливым, то необычно веселым, легко раздражающимся, суетливым, говорливым. Неоднократно в таком состоянии помещался в психиатрическую больницу.

Во время фотосъемки: речь гнусавая, говорит слишком громко. С врачом ведет себя, как с равным, жестикулирует вблизи от лица врача, бесцеремонно теребит его за рукав. Ориентируется в месте, времени, в себе. Владеет элементарными сведениями, умеет производить простейшие арифметические действия. Из прочитанных книг называет «Красную шапочку», содержание сказки понимает буквально. Обнаруживает неспособность к образованию понятий и суждений, пользуется лишь конкретно-образными представлениями. Не осмысливает особенностей больничной обстановки и собственного положения, понятие болезни воплощено у больного только в слове «грипп».

Сомато-неврологическое состояние без выраженных отклонений.

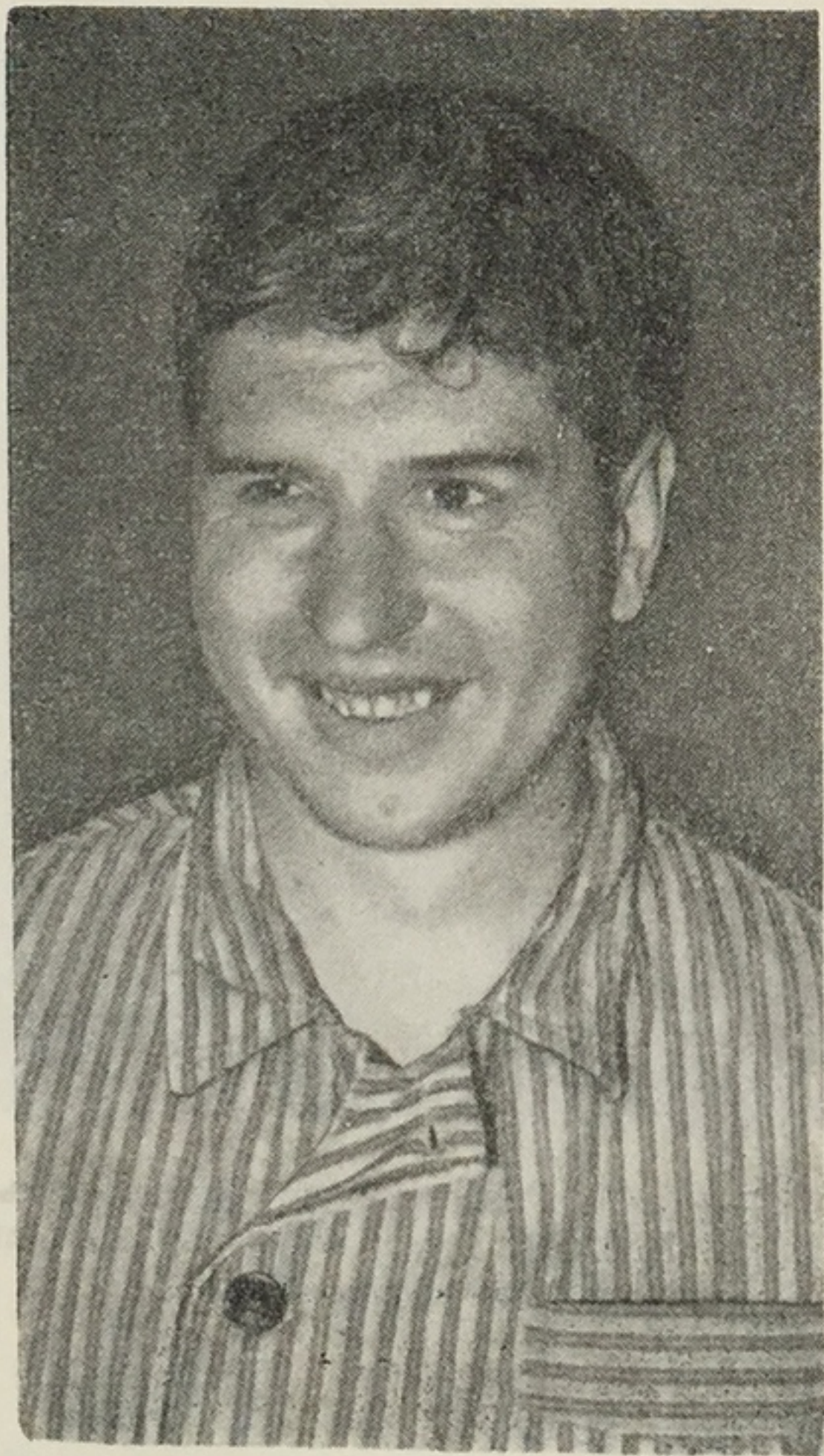
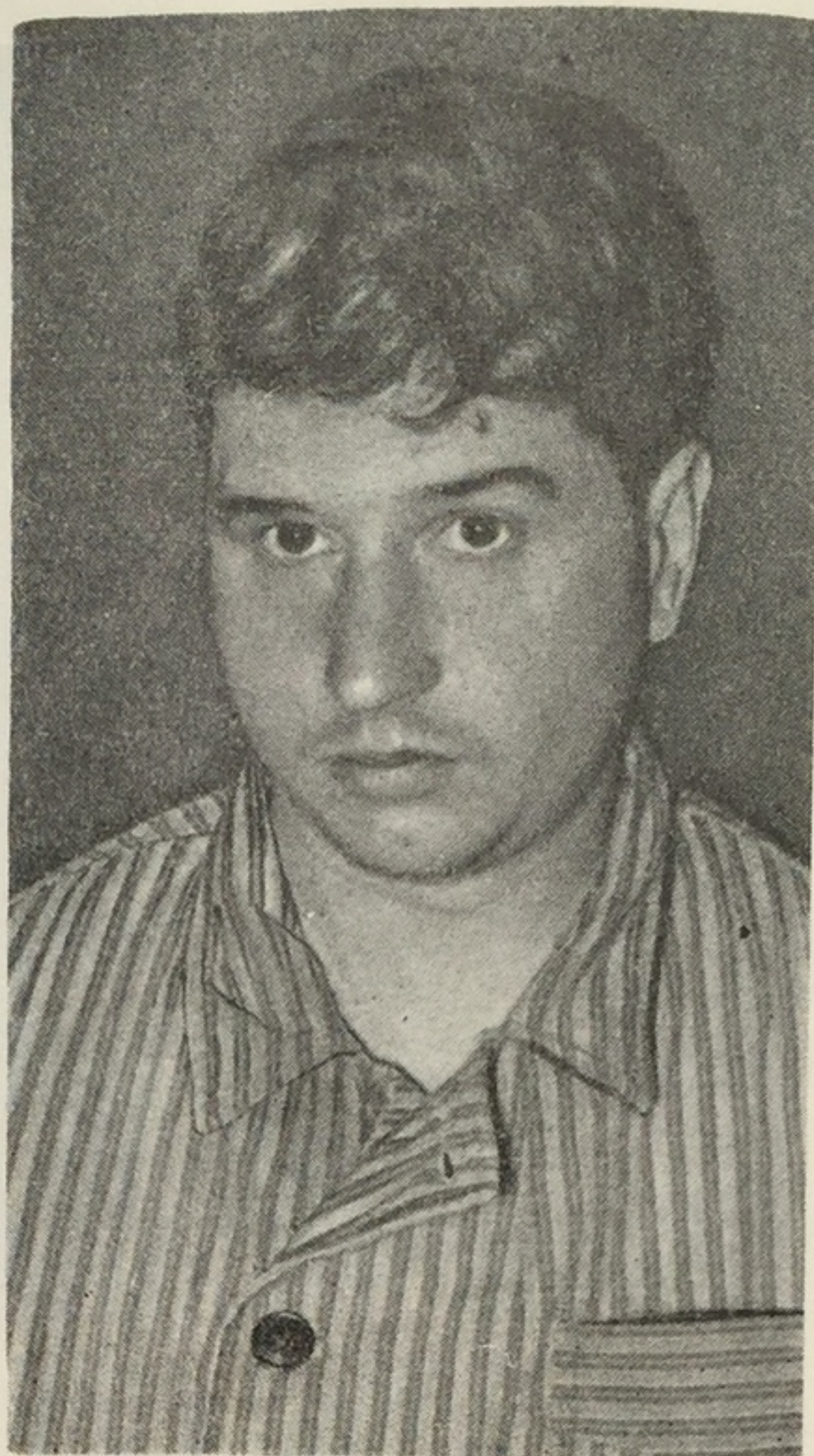


Рис. 307. Тот же больной в гипоманиакальном состоянии.

Вид психического состояния на любом фоне дебильности эволюционного. К различным случаям выделенным из самих себя, мощное влияние, резкие сдвиги, легко поддаются, повышению, разнообразными истерическими (323), ступором, подобными формами (344), галлюцинациями, эмоциональными реакциями, аффектами, заиканием, галлюцинациями, афонией, картина обострения нервной системы, паресии, Истерическое состояние в ситуациях, характеризуется сдвигами (особенно в состоянии полноты), вызывающими различные френные тоны, норефлективные. Иногда ис



## ИСТЕРИЯ, ИСТЕРИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Вид психогенно-реактивного заболевания, развивающегося под влиянием психических травм (острых — шоковых или длительно действующих) на любом фоне, преимущественно там, где имеются черты реактивной лабильности эмоциональной сферы, астенической слабости различного происхождения. Истерические реакции могут явиться психогенным добавлением к различным другим сомато-психическим заболеваниям, иногда в таких случаях выявляясь и возникая благодаря основному заболеванию. Основным из самых характерных свойств истерии (истерической реакции) является мощное влияние аффективных переживаний на все психические проявления, резкое воздействие психических переживаний на соматические функции, легкость перехода психо-патологического феномена в соматический симптом, повышенная внушаемость больных при возникновении и течении разнообразных истерических симптомов. Наиболее частыми и важными проявлениями истерических реакций являются истерические припадки (рис. 308—323), ступорозные, сумеречные, делириантные состояния, синдромы бредоподобных фантазий, псевдодеменции (рис. 338—346), пуэрилизма (рис. 338—344), ганзеровский синдром, чрезвычайная поверхностность, подвижность эмоциональной сферы, легкость, текучесть, капризная игра эмоций, отражающихся на всей динамике соматопсихических процессов при истерических реакциях, астазия-абазия (рис. 331—333), аграфия, параграфия, акатаграфия, заикание, гипестезии, анестезии (рис. 326—330), слева гораздо чаще, чем справа, афония, концентрическое сужение поля зрения, параличи (клиническая картина обычно не соответствует органическим поражениям центральной нервной системы), судороги глотательных мышц (*globus hystericus*), дрожание, парестезия, эмоциональные, вазомоторно-эндокринные расстройства. Истерические симптомы обычно усиливаются при нахождении пациента в ситуации, соответствующей первоначальному их появлению, чем подчеркивается условнорефлекторная природа некоторых истерических проявлений (особенно так называемый истерический стигмат — слепота, изменение поля зрения, расстройства чувствительности и т. д.). Возможность вызывания или прекращения истерических припадков путем давления на различные точки — части тела больных (истерогенно-спазмогенно-спазмофренические точки) — также содержит в себе, главным образом, элементы условнорефлекторных и суггестивных воздействий при истерических реакциях. Иногда истерические соматические симптомы используют для своего воз-



никновения наиболее слабые органы или системы «истерическим симптомом», выявляя скрытую слабость либо грядущее сомато-органическое заболевание.

В предложенной И. П. Павловым теории патогенеза истерии патофизиологической основой истерии является общая слабость нервной системы и преимущественно второй сигнальной системы. С одной стороны, это обуславливает относительное преобладание (усиление) первой сигнальной системы (чем объясняется живость и яркость фантазии при истерии — так называемое образное мышление) и подкорковой области мозга (что лежит в основе бурных проявлений и внешней выразительности чувств у истериков) и, с другой стороны, высокую внешнюю тормозимость коры мозга. Последнее объясняется тем, что в слабой коре мозга очаги возбуждения являются тоже слабыми и легко тормозятся вследствие отрицательной индукции из более сильных очагов возбуждения.

Вследствие высокой внешней тормозимости наличный очаг возбуждения легко подавляет ранее образовавшиеся условные связи, а также очаги возбуждения, которые могли бы ему противостоять. Этим объясняется высокая внушаемость истеричных, зависимость их поступков от игры аффектов.

Указанными выше патофизиологическими механизмами объясняется происхождение отдельных истерических симптомов (например, истерических припадков, истерических сумеречных состояний, истерических параличей и т. п.)

---

по  
по  
мо  
по  
та  
ко  
пр  
ре  
ча  
к  
вк  
зн  
ил  
бо  
ген  
ма  
ли  
тоз  
ств  
деп



## ДЕПРЕССИВНАЯ РЕАКЦИЯ, ПСИХОГЕННАЯ ДЕПРЕССИЯ

(рис. 334—337)

Синдром тоскливо подавленного настроения, возникающий либо в непосредственной связи с психической травмой, либо спустя некоторое время после отзвучания травматических причин. Травматические воздействия могут обнаруживаться при психогенной депрессии либо внезапно, либо постепенно, кумулируясь в содержании психических переживаний субъекта. В последнем случае образуется не столько депрессивная реакция, сколько депрессивное развитие личности. Как правило, психогенная депрессия, протекающая по общим законам психогений, отличается от циркулярной депрессии отсутствием торможения, отсутствием суточных колебаний состояния, частым наличием примеси аффектов тревоги, страха, раздражительности к аффекту тоски (так называемый смешанный аффект), ипохондрическими включениями и т. п. Свойства депрессивно-реагирующей личности обычно значительно влияют на аффективный тон психогенной депрессии, снижая или увеличивая раздражительность. В содержании клинической картины больных отражается содержание травматической причины. Течение психогенных депрессий главным образом зависит от наличия действия травмирующей причины или ее исчезновения и от свойств реагирующей личности. Помимо других видов лечения (физиотерапевтических, медикаментозных), важное целебное действие имеет психотерапевтическое вмешательство, чем в свою очередь доказывается в таких случаях психогенная природа депрессивного состояния.



## ПСЕВДОДЕМЕНЦИЯ

(рис. 338—346)

Ложное слабоумие, психогенно развивающееся стремление (сознательно-целевое или бессознательное — границы этих подразделений весьма расплывчаты) изобразить себя беспомощно глупым, слабоумным. Больные при попытке выяснить состояние их умственных способностей неправильно называют показываемые предметы элементарного обихода, неверно производят простейший счет, подчеркнуто неверно совершают заданные им действия и т. п.

Иногда к этому состоянию присоединяются отдельные элементы симптоматики истерических реакций. Псевдодеменция близка ганзеровскому симптомокомплексу (стр. 213), отличаясь от него отсутствием изменений сознания и кратковременностью течения. Иногда псевдодеменция развивается на фоне дебютирующего процесса, чаще всего органического.

## ПУЭРИЛИЗМ

(рис. 338—346)

Детскость, инфантильное поведение, регрессия к переживаниям детства. Обычно развивается в рамках психогенных сумеречных состояний. Детское поведение весьма характерно для психогенных, истерических реакций. Пуэрилизм является существенной составной частью ганзеровского симптомокомплекса. Больные, обнаруживающие пуэрилизм, ведут себя так, словно они снова стали детьми. Они либо не умеют считать, либо очень грубо ошибаются в счете, беспомощны, как маленькие дети, задают наивные вопросы, забавляются игрушками, по-детски картавят и т. д. Пуэрилизм иногда является выражением кататонической манерности.



### ГАНЗЕРОВСКОЕ СУМЕРЕЧНОЕ СОСТОЯНИЕ

Вид истерического сумеречного состояния, описанный Ганзером в 1897 году главным образом на материале подследственных заключенных. Клиническая картина складывается из наличия ганзеровского симптома, пуэрилизма (псевдодеменции), тревожно-тоскливого настроения, иногда ступора, галлюцинаторно-бредовых переживаний, бредаподобных фантазий. Обнаруживаются и истерические стигматы. Течение развивается по общей закономерности движения психогенных реакций, но большей частью длится короткий срок. Ганзеровское сумеречное состояние является результатом вытеснения, бегства в болезнь от трудной, подчас невыносимой для субъекта травмирующей ситуации. Дифференциальная диагностика между ганзеровским сумеречным состоянием и притворным поведением, симуляцией иногда весьма затруднительна и поэтому необходимо внимательное наблюдение, осторожность в постановке диагностического суждения. В особенности не следует спешить в определении симулятивного притворства, что может повлечь за собой тяжелые ошибки в экспертизе и терапии.

Ганзеровский симптом — невозможность получения от больных правильного ответа на самые простые вопросы, причем из содержания неверного ответа видно, что смысл вопроса понят больным, в ответах обнаруживается элемент нарочитости, умышленности. Наиболее отчетливо этот симптом проявляется в картине псевдодеменции, пуэрилизма. При шизофрении состояния, подобные ганзеровскому симптому, служат выражением негативизма и манерности.



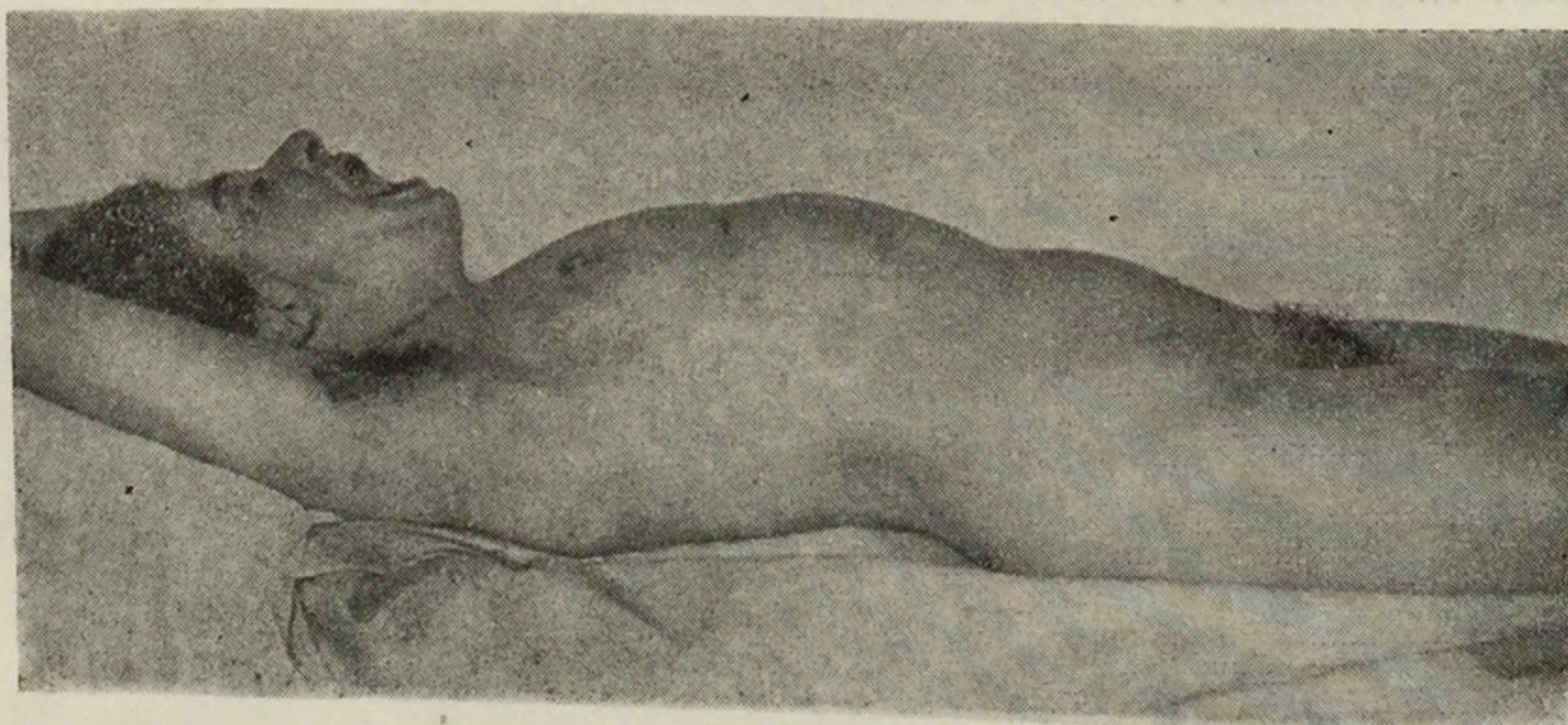
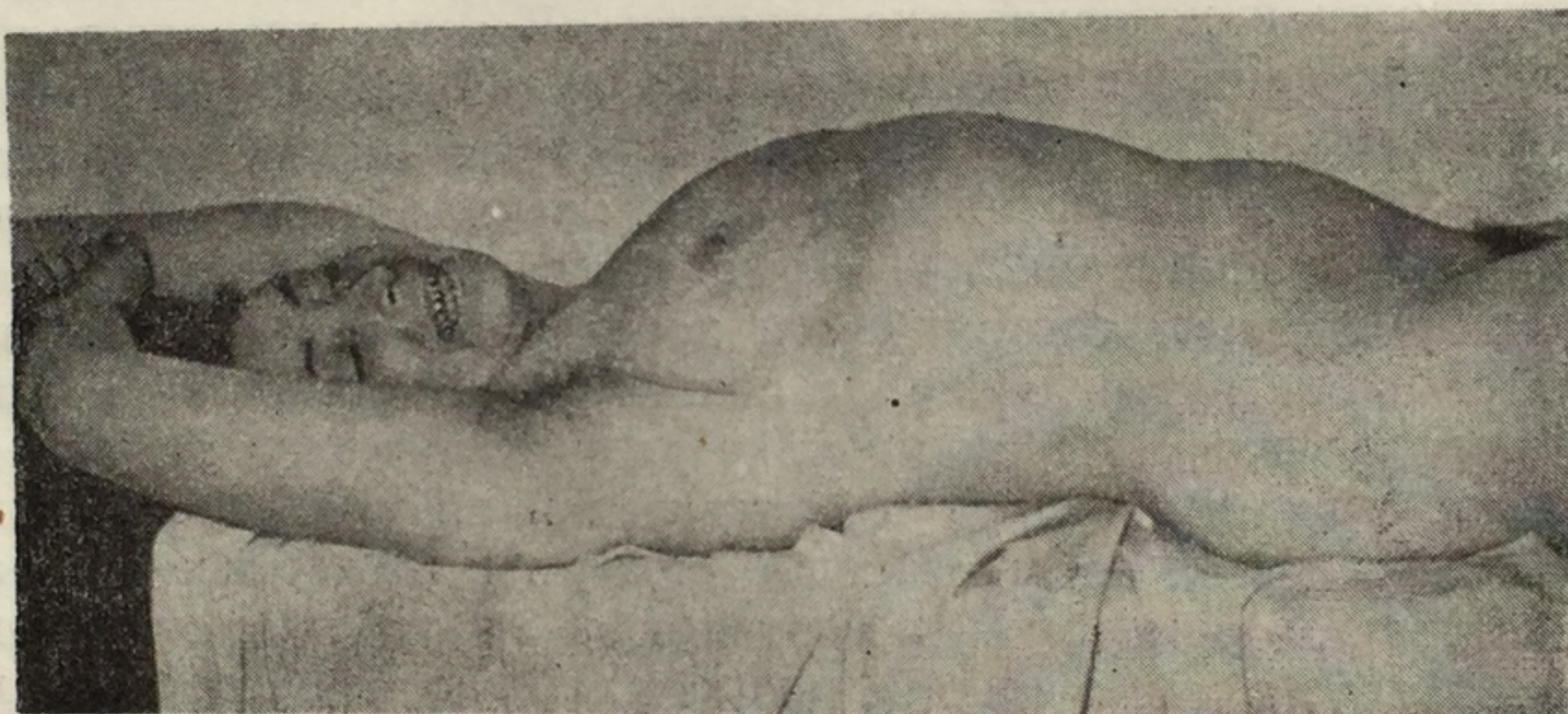
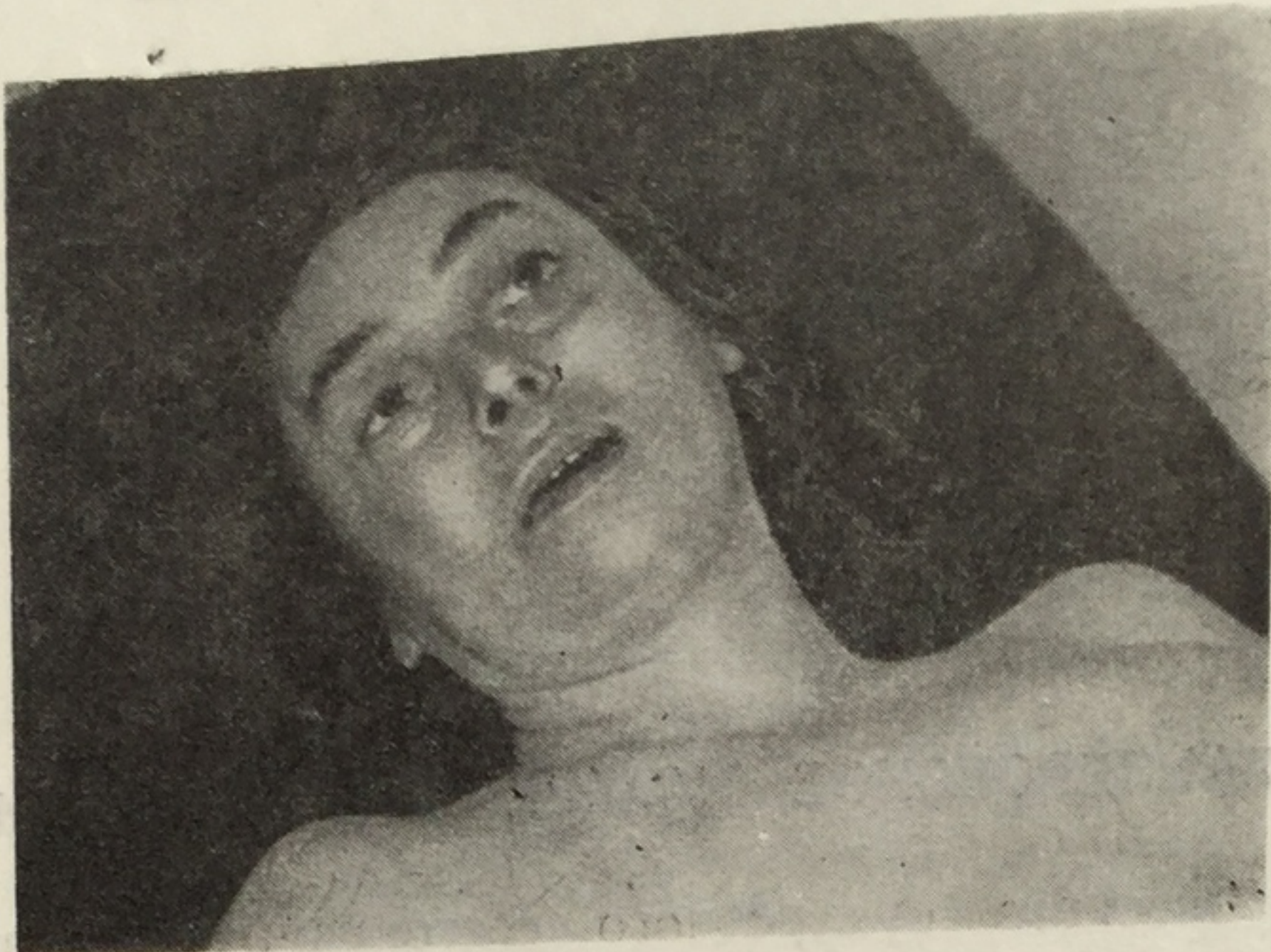


Рис. 308—310. Больная Г., 45 лет. Истерический невроз. Последовательное изображение истерического припадка, наблюдавшегося у больной в приемном покое больницы во время ее поступления.



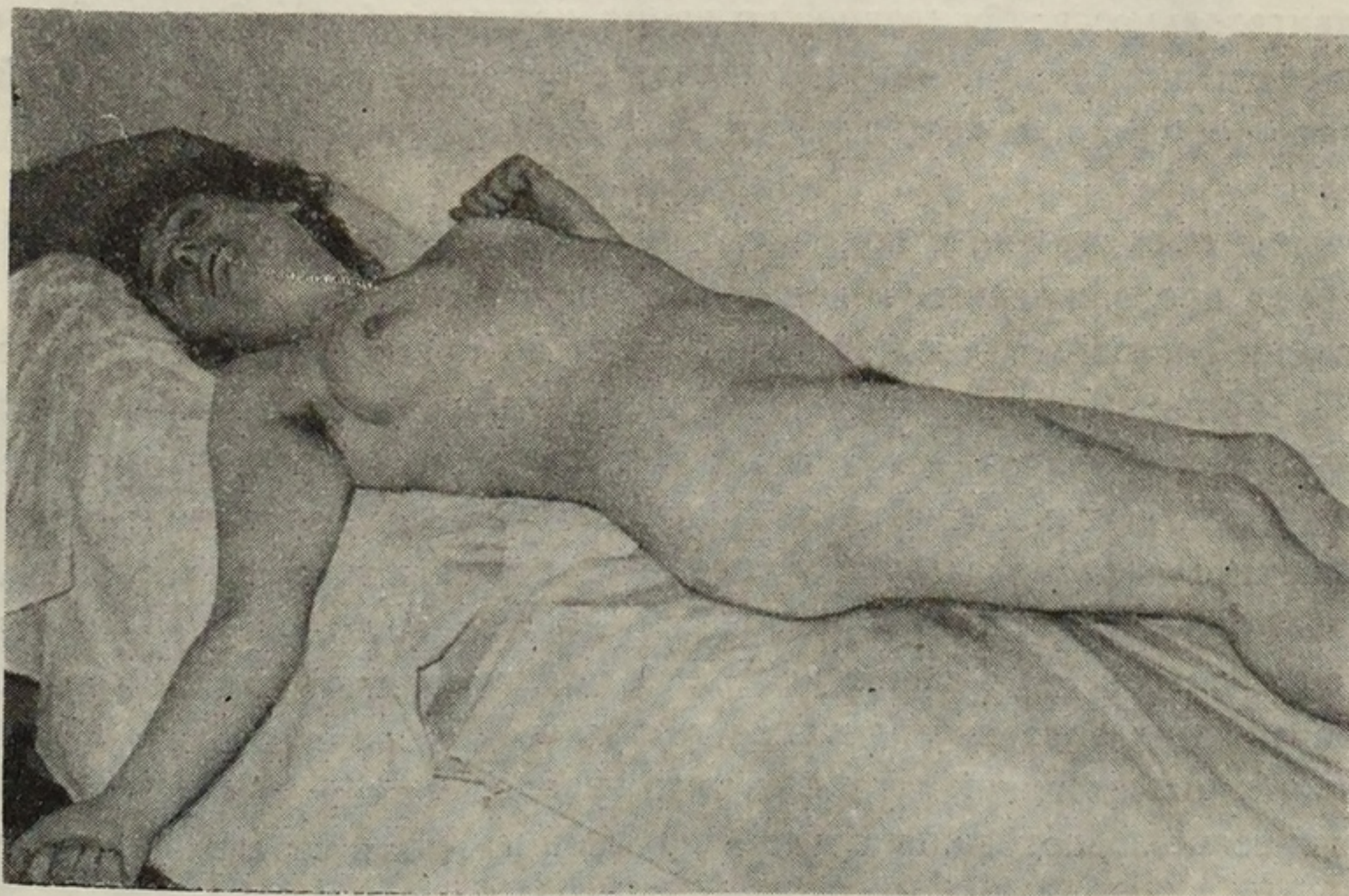
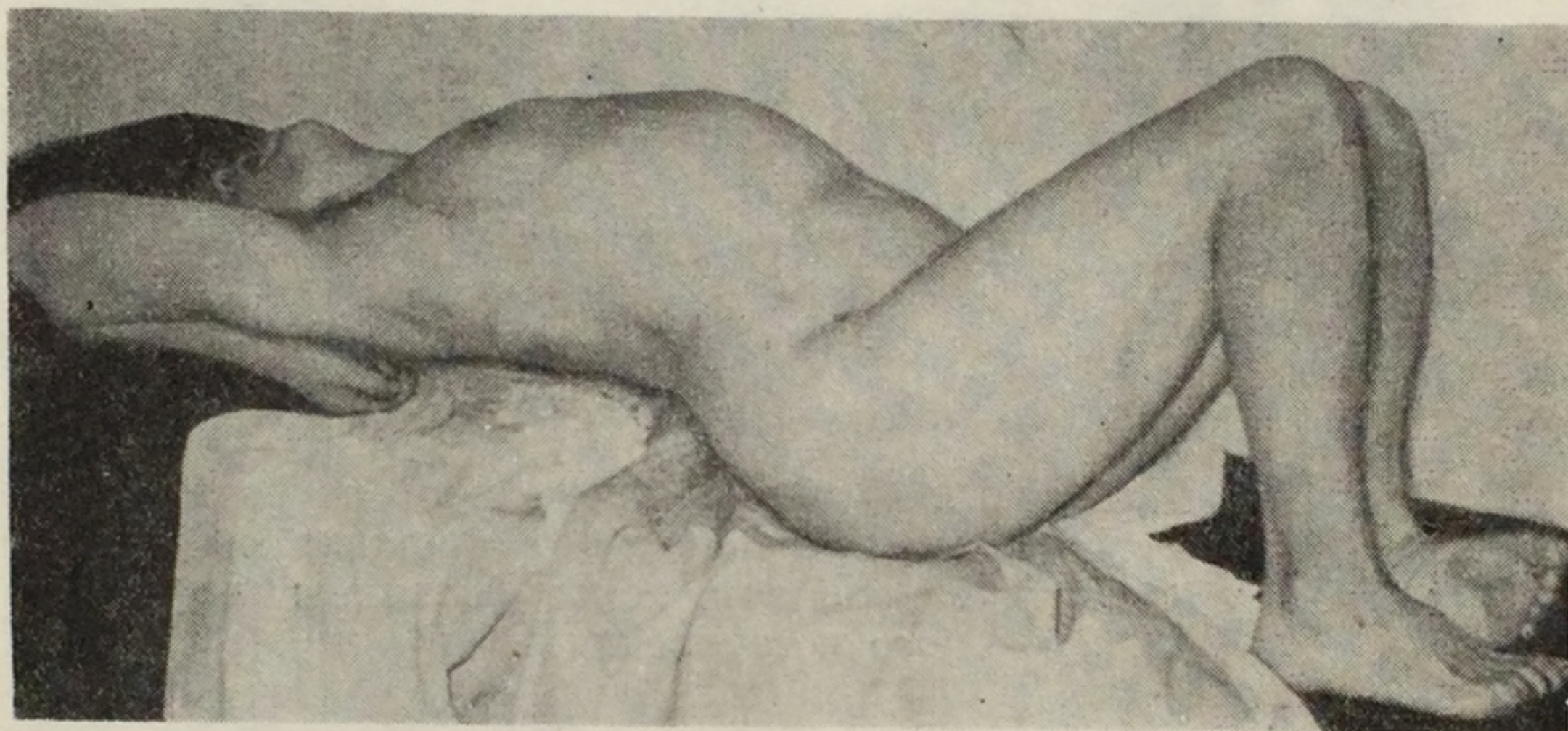
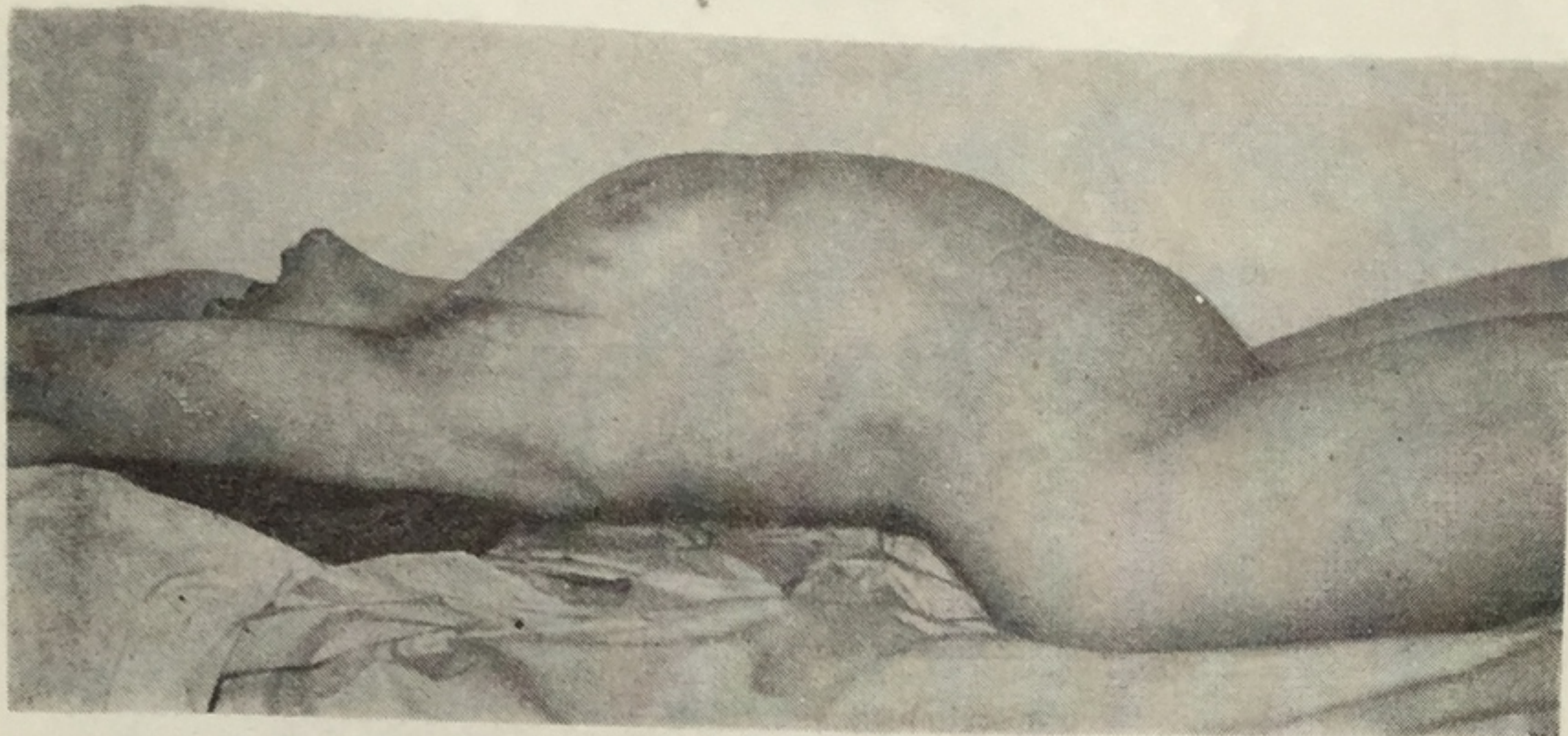


Рис. 311—313. Больная Г., 45 лет. Истерический невроз. Последовательное изображение истерического припадка, наблюдавшегося у больной в приемном покое больницы во время ее поступления.





Рис. 314. Больная Г., 45 лет. Истерический невроз. Последовательное изображение истерического припадка, наблюдавшегося у больной в приемном покое больницы во время ее поступления.

Заболела в возрасте 27 лет после психической травмы: при малейшем волнении стали появляться припадки, во время которых выгибается «дугой», скрежещет зубами.

Последние три дня перед поступлением в больницу припадки не прекращались, наблюдалось резкое двигательное возбуждение, во время которого билась головой о кровать, размахивала беспорядочно руками, ногами, падала с кровати, выгибалась «дугой». При появлении в комнате посторонних возбуждение усиливалось, разбрасывала пищу при попытке накормить.

Фотографирование произведено в приемном покое больницы во время одного из истерических припадков, продолжавшихся некоторое время и после поступления в больницу. При исследовании состояния больной через 2 дня по прекращении истерического статуса (рис. 347—352) больная жаловалась на болезненность в мышцах, говорила тихим голосом, демонстрировала свою беспомощность, тяжесть состояния, заявляла, что не может открыть глаза, поднять руку, встать на ноги; на лице — выражение страдания; слова врача о выздоровлении и выписке вызвали у больной судорожный истерический припадок.

В сомато-неврологическом состоянии отмечалось отсутствие глоточного и снижение конъюнктивального рефлексов, повышение коленных рефлексов, участки кожной аналгезии.

Со стороны внутренних органов видимых патологических изменений не обнаружено. Данные лабораторных исследований (анализы мочи, крови, реакция Вассермана в крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и черепа) без особенностей.





Рис. 315. Истерическая «дуга» во время истерического припадка (по Реньяру).

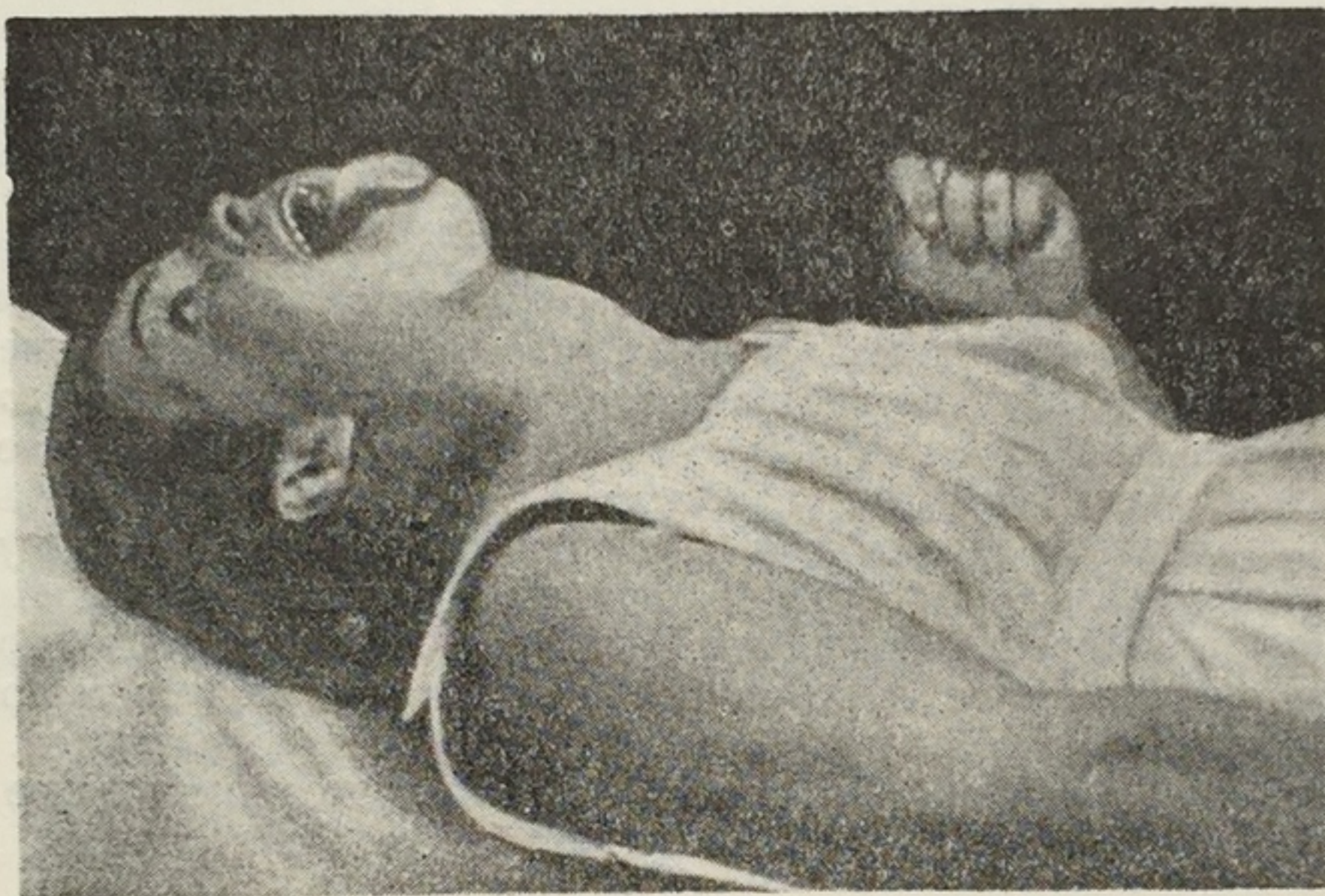


Рис. 316. Показывание языка во время истерического припадка.



Рис. 317. Выражение лица во время истерического припадка. Э. Крепелин (E. Kraepelin). Психиатрия, изд. VIII, т. IV, 1915.



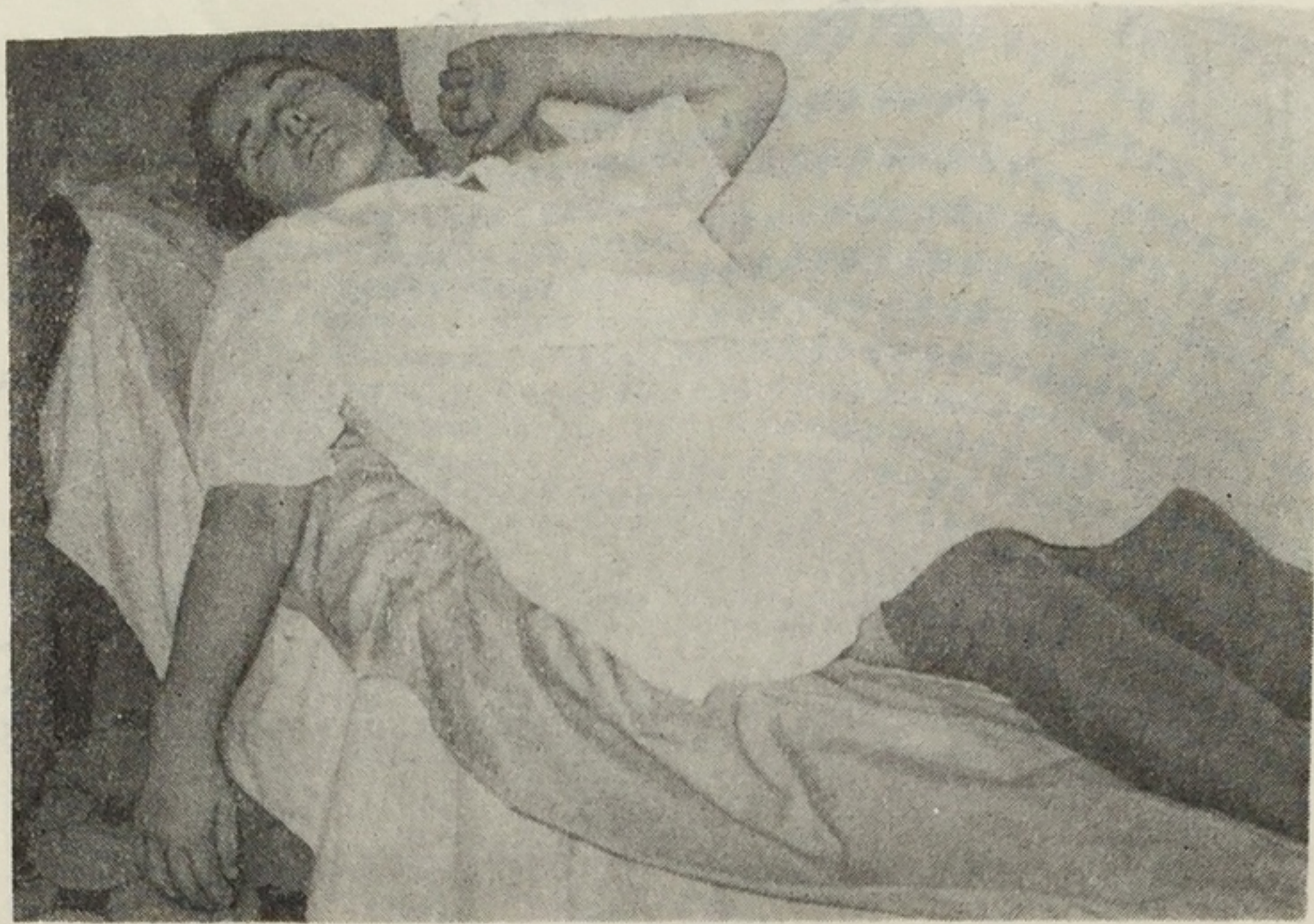


Рис. 318. Больная К., 33 лет. Истерические реакции. Конец истерического припадка. «Нарочито-театральная» поза.

Заболела в возрасте 29 лет: во время аварии получила сотрясение мозга, перелом трех ребер и грудного позвонка (Д-11). Находилась без сознания около двух суток. Лечилась по поводу травмы более года в различных лечебных учреждениях. С того времени — судорожные припадки без глубокого расстройства сознания, продолжающиеся до получаса. Во время припадков часто выгибается «дугой», язык не прикусывает, мочу не теряет. Перед припадком ложится на пол, «чтобы не ушибиться». Бывали кратковременные ночные большие судорожные припадки с непроизвольным мочеиспусканием и прикусом языка. Во время фотосъемки — конец истерического припадка — дыхание учащено, сопротивляется открыванию век, при обращении либо не реагирует, либо мотает головой, размахивает руками, на лице страдальческое выражение, принимает «нарочито-театральные» позы. Глоточный и конъюнктивальный рефлекс не вызываются. Со стороны внутренних органов изменений нет. Отмечается небольшое сужение правой глазной щели, неравномерность носогубных складок.

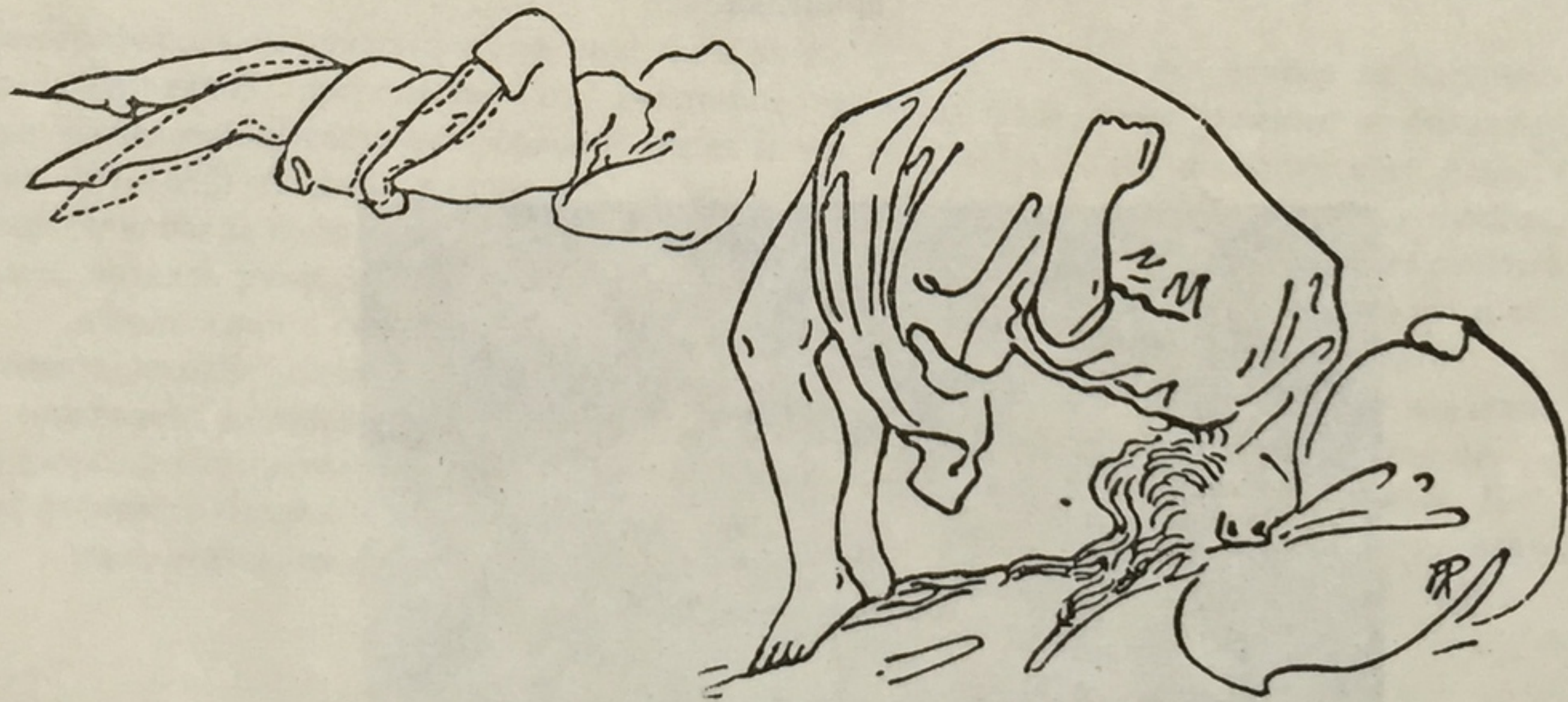


Рис. 319. Различные позы во время истерического припадка — истерический «клоунизм» (Шарко).

Из Рише (Richet). Клинические этюды о большой истерии. 1885. Цит. по Леману. Иллюстрированная история суеверий и т. д. М., 1900.



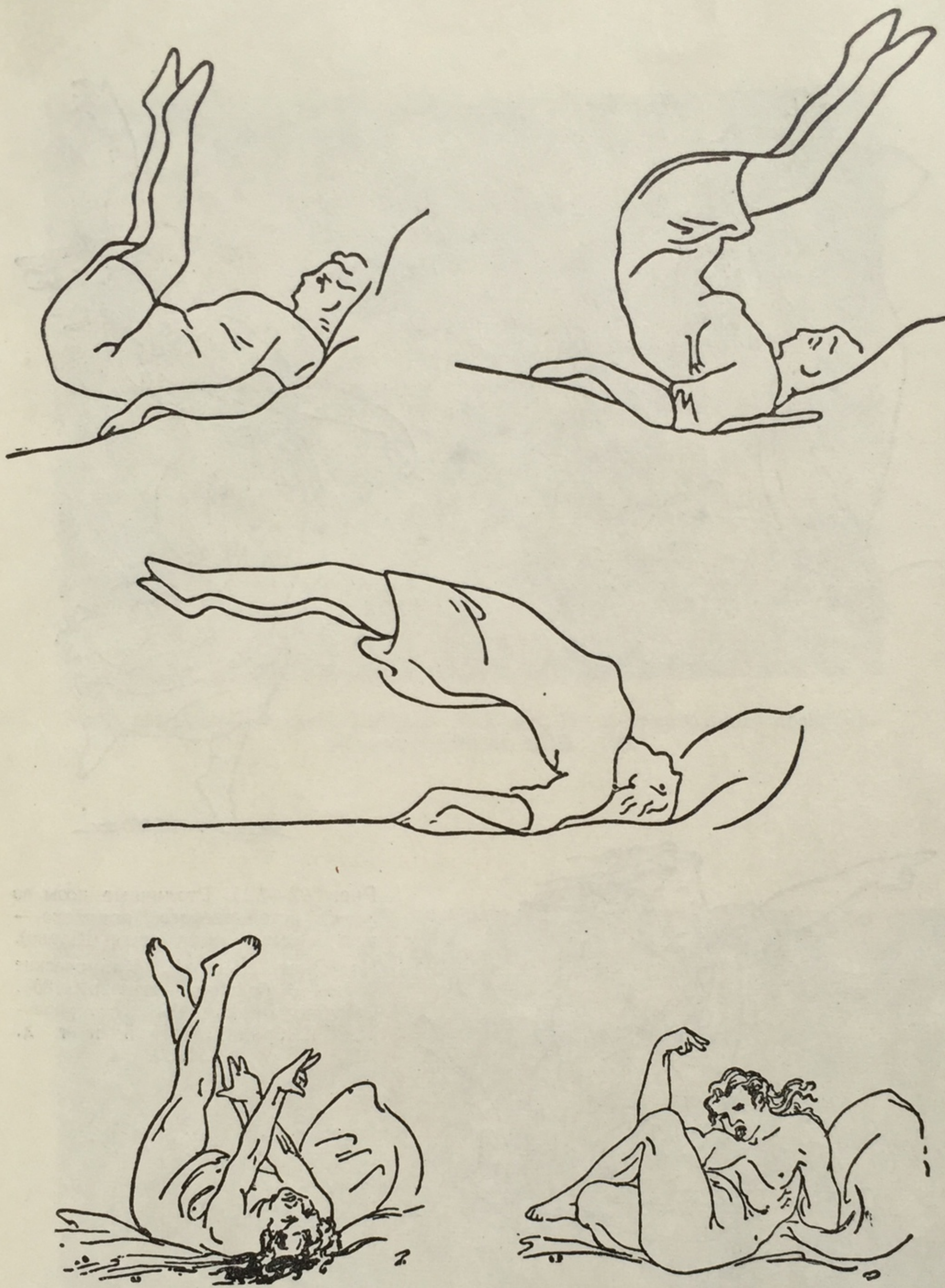


Рис. 320—321. Различные позы во время истерического припадка — истерический «клоунизм» (Шарко).

Из Рише (Richet). Клинические этюды о большой истерии. 1885.  
Цит. по Леману. Иллюстрированная история суеверий и т. д. М., 1900.



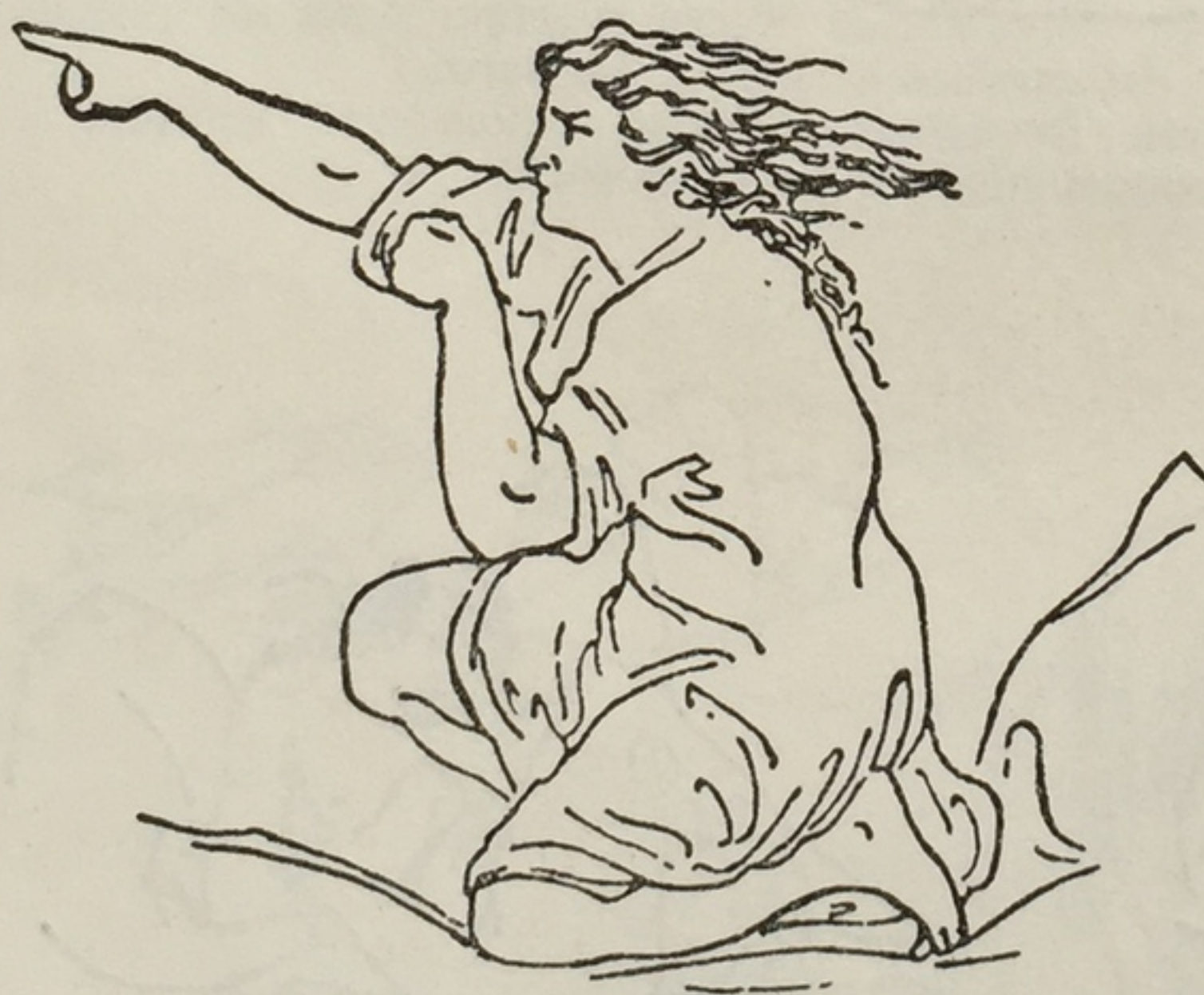
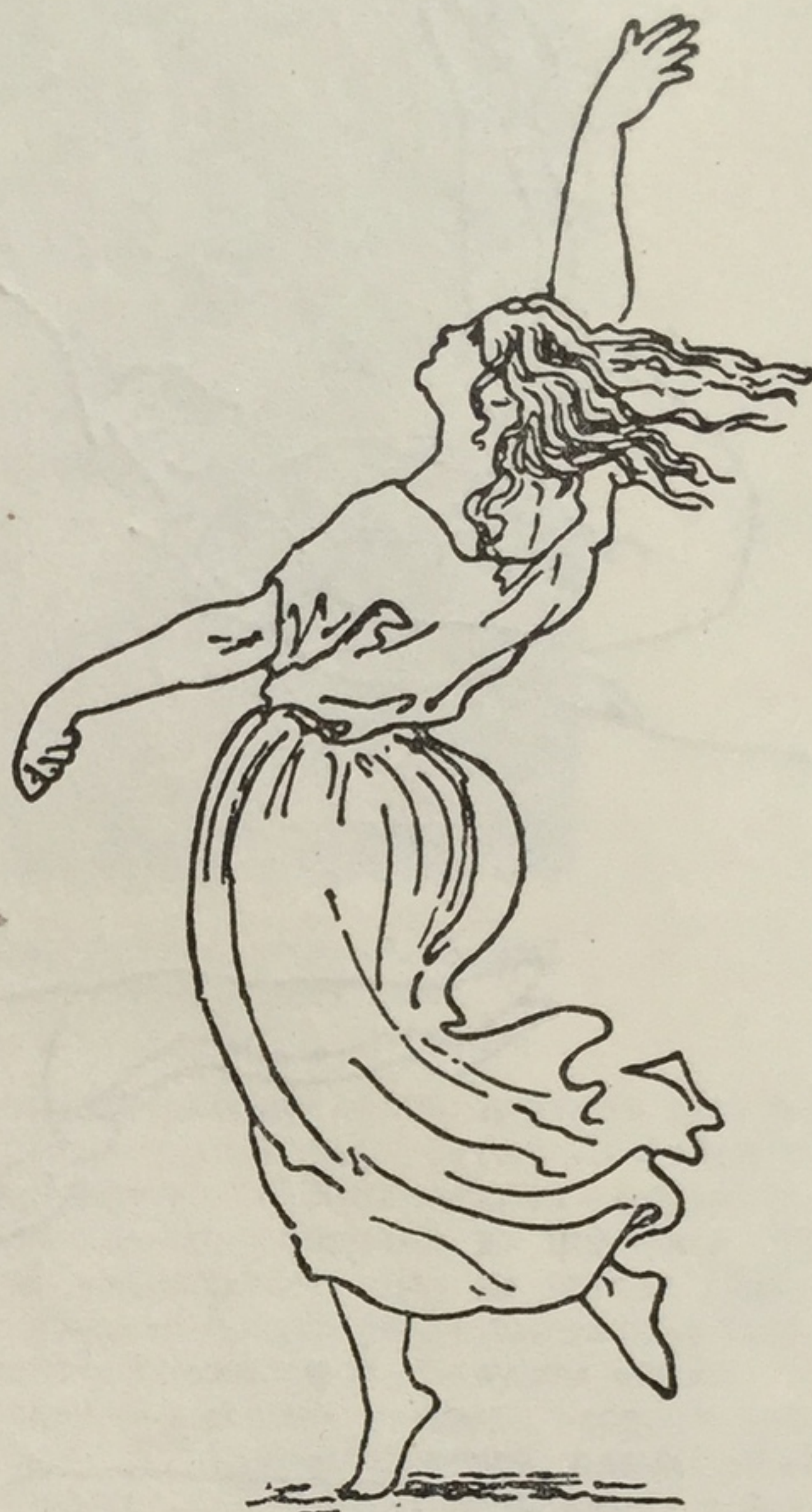


Рис. 322—323. Различные позы во время истерического припадка — истерический «клоунизм» (Шарко). Из Рише (Richet). Клинические этюды о большой истерии 1885. Цит. по Леману. Иллюстрированная история суеверий и т. д. М., 1900.







Рис. 324. Шарко в своей клинике. XIX век. Иллюстрированный обзор минувшего столетия. СПб, 1901.



Рис. 325. Лекция проф. Шарко в Сальпетриере. Демонстрация гипноза у истеричной больной. Леман. Иллюстрированная история суеверий и т. д. М., 1900.



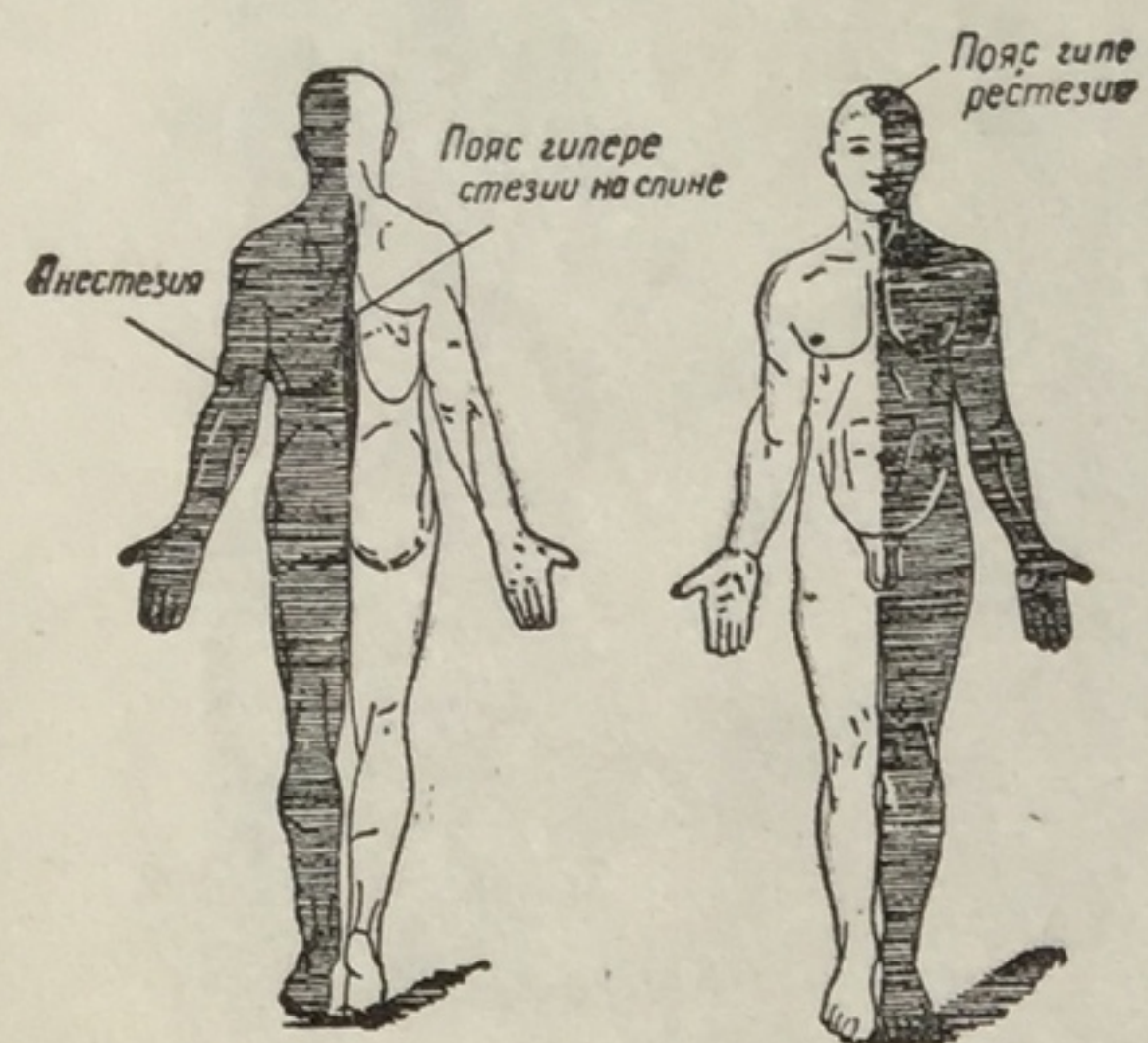


Рис. 326. Изображение истерических расстройств чувствительности при истерической гемиплегии.

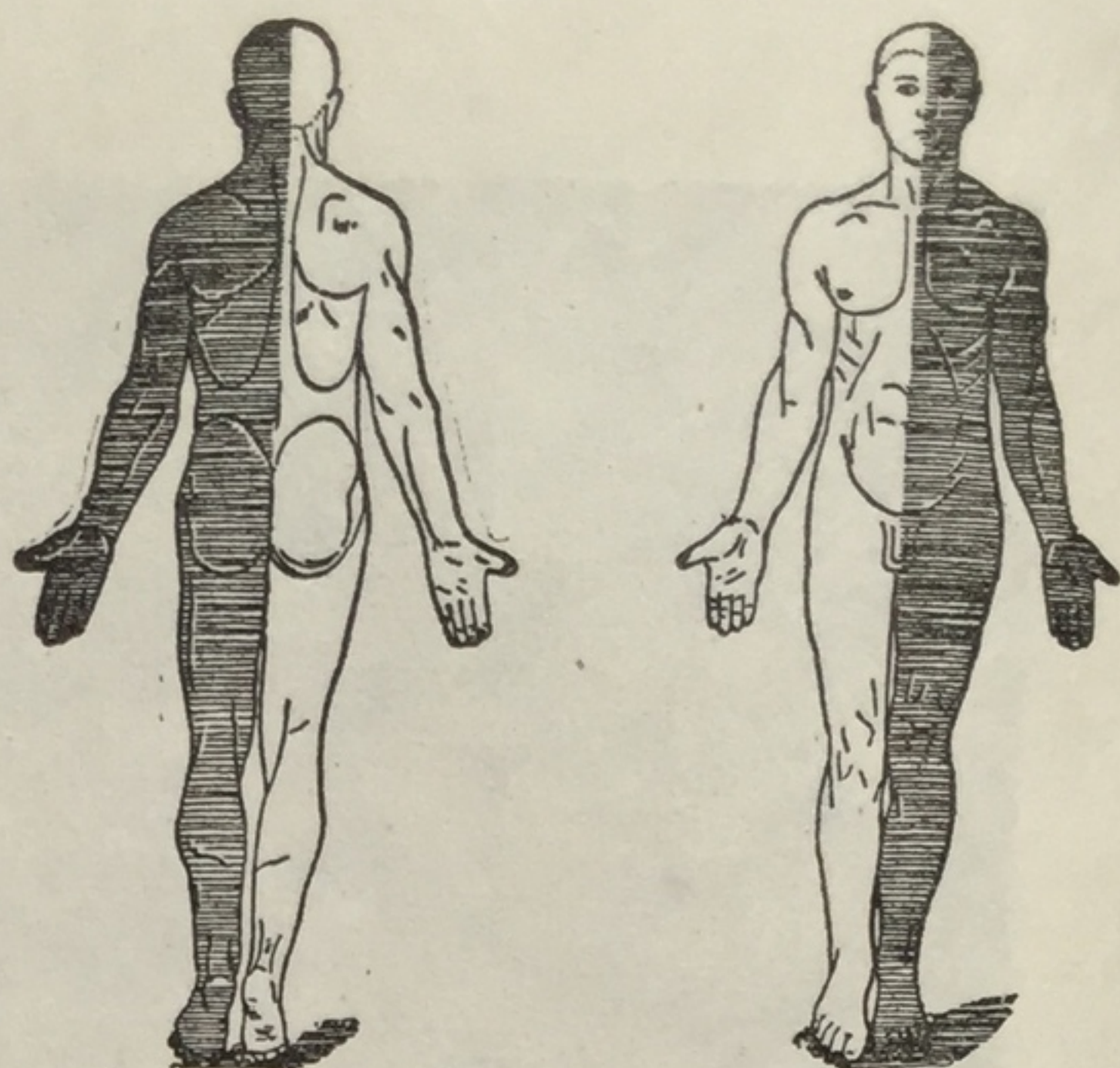


Рис. 327. Истерическое расстройство чувствительности — левосторонняя гипоанестезия.

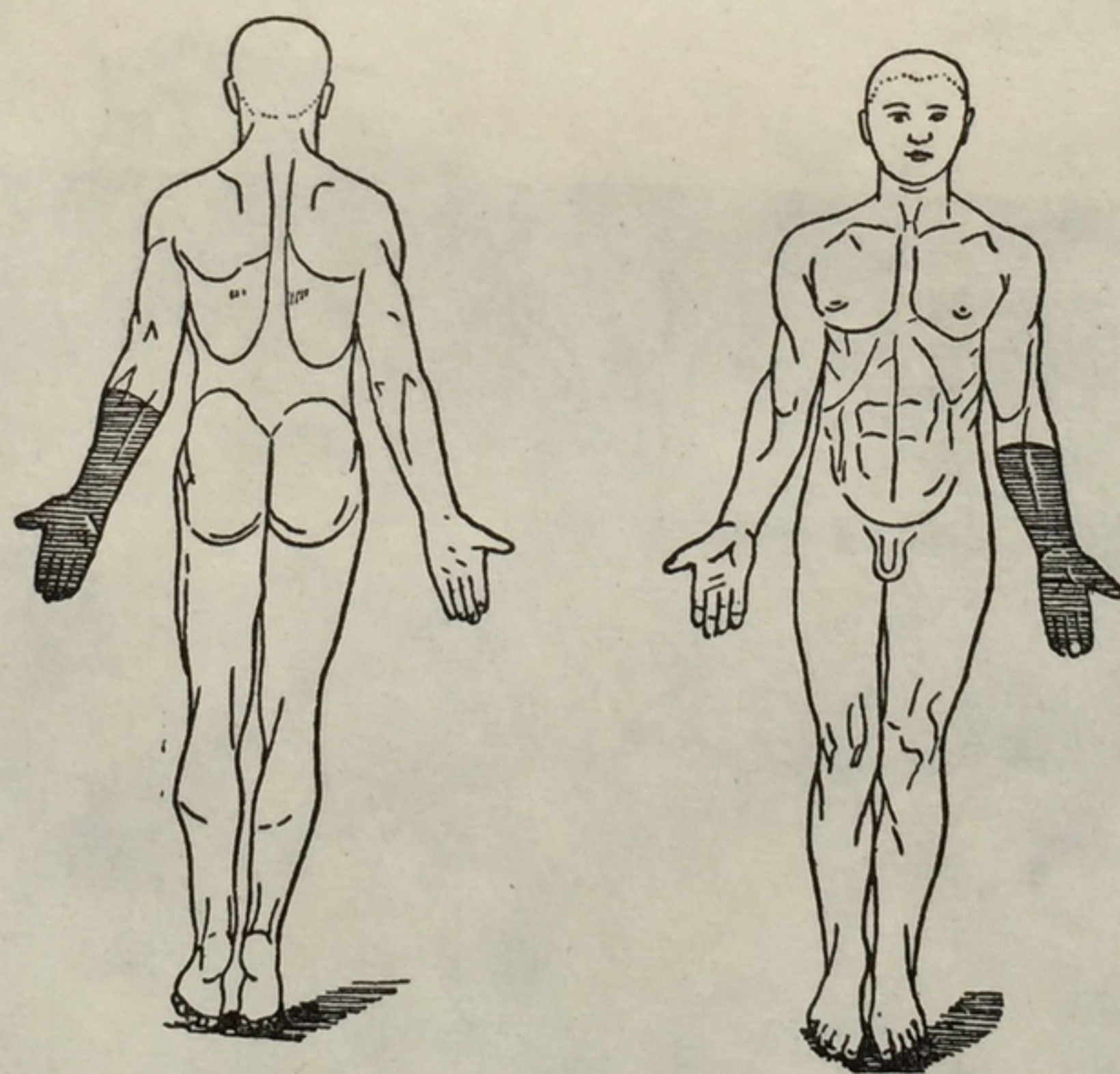


Рис. 328. Истерическое расстройство чувствительности — зона анестезии на предплечье.  
Шарко (Charcot). Поликлинические лекции, читанные в Сальпетриере. 1887—1888. СПб, 1889.





е расстройство  
евосторонняя  
ия.

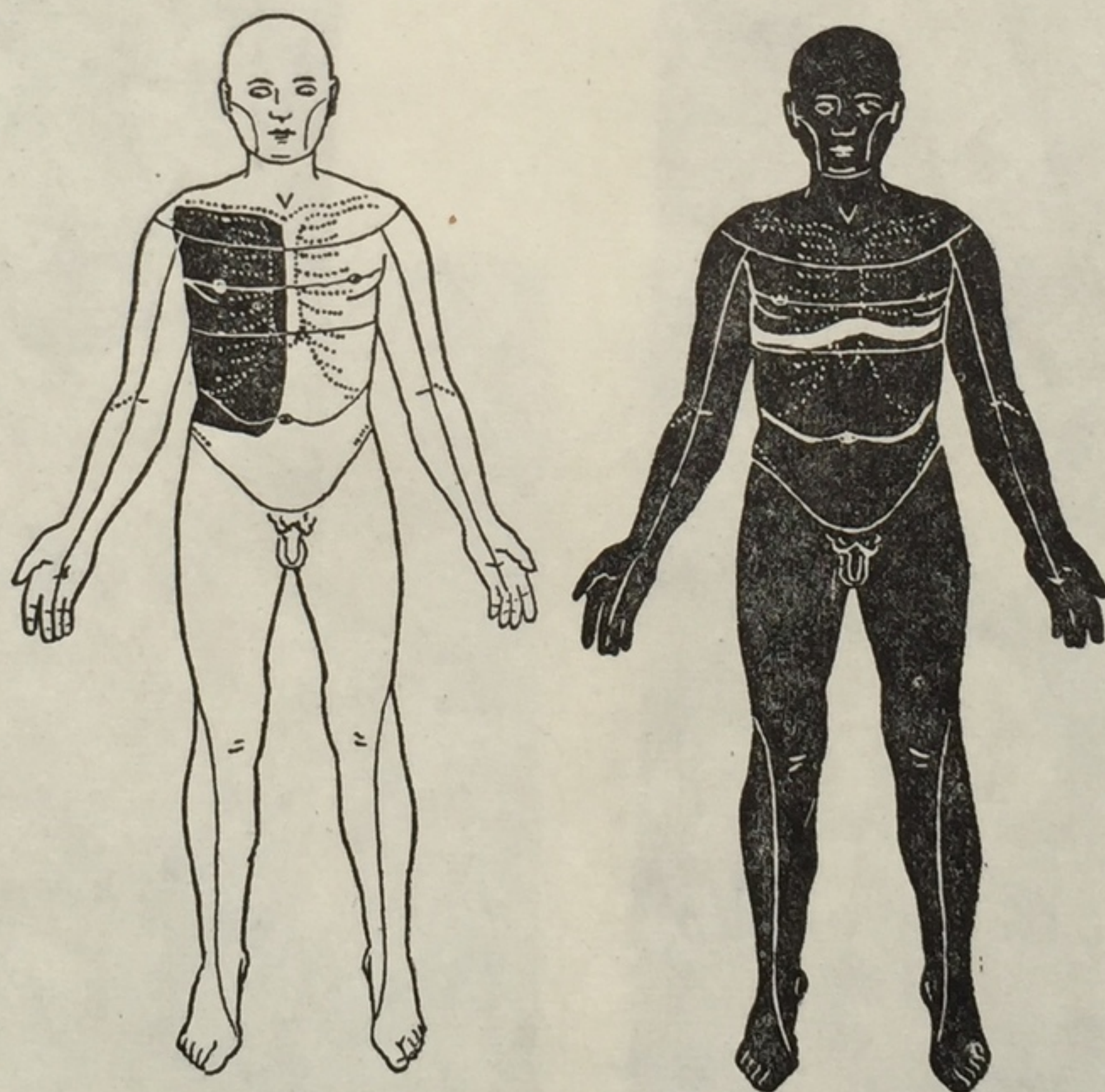
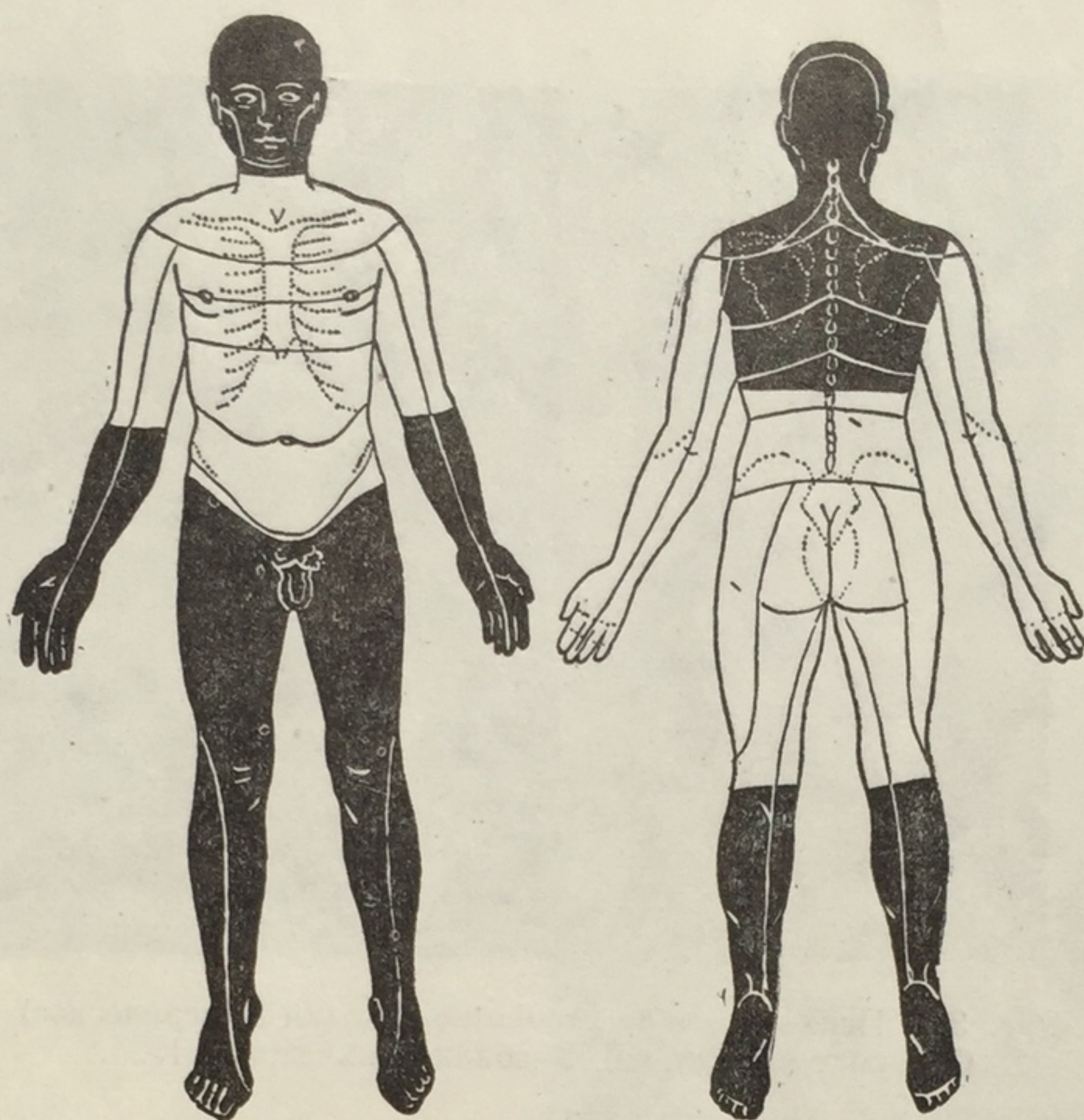


Рис. 329, 330. Различные виды расстройств чувствительности при истерии.  
Черным обозначены участки анестезии.  
Э. Крепелин (E. Kraepelin). Учебник психиатрии. Изд. VIII, т. IV, 1915.



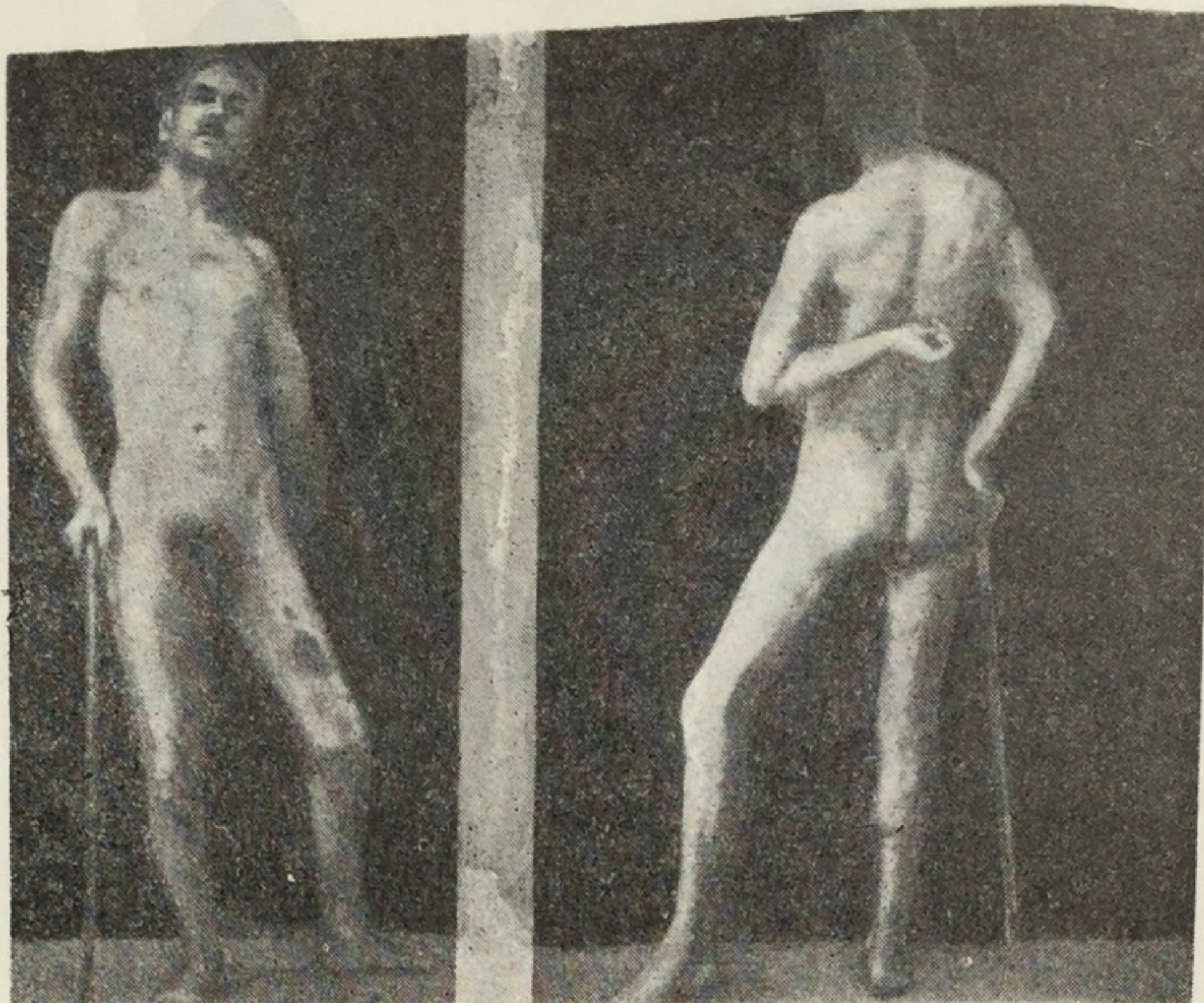


Рис. 331. Психогенное расстройство походки (истерическое)  
О. Бумке (O. Bumke). Учебник психиатрии, 1924.

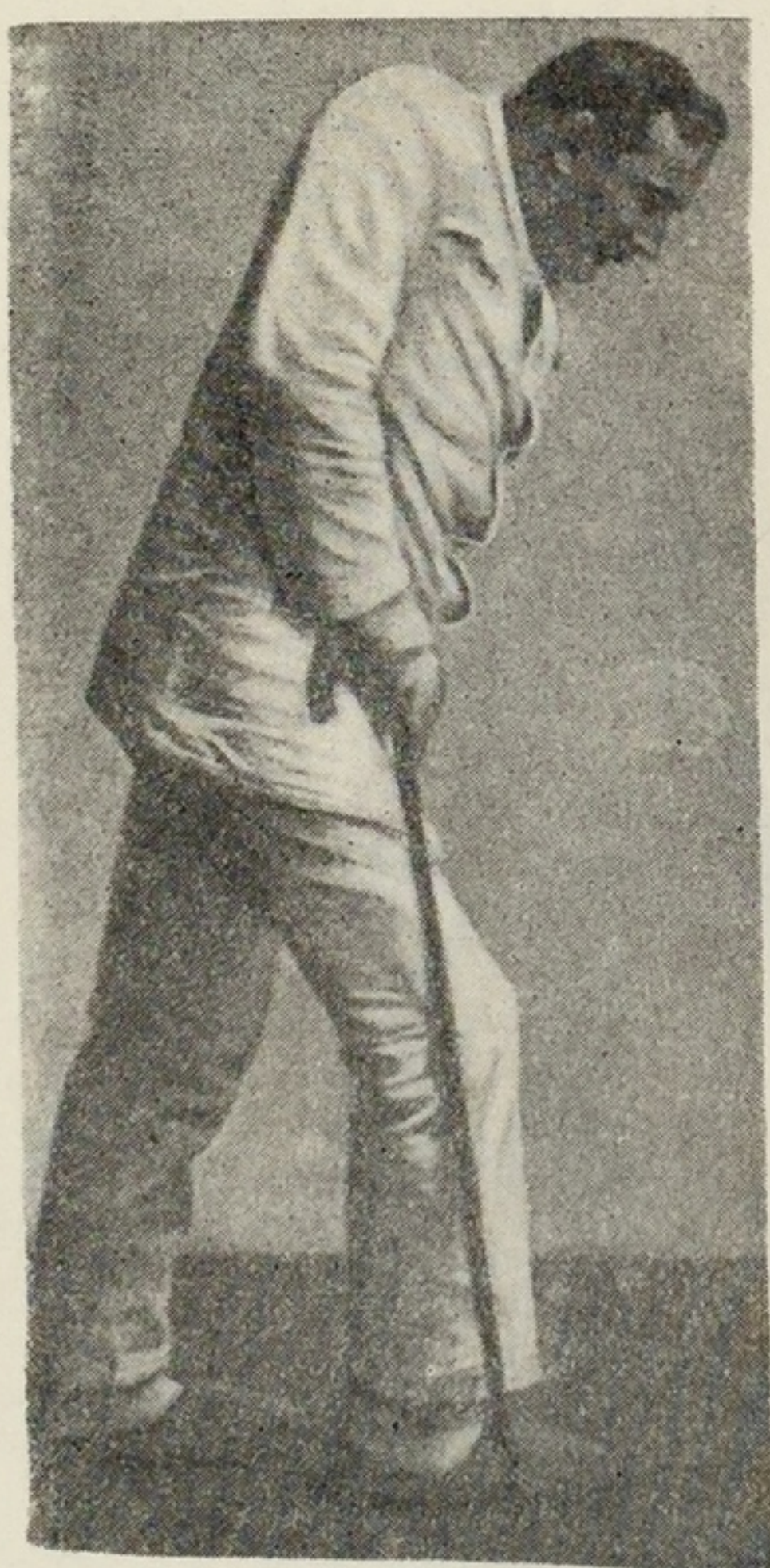


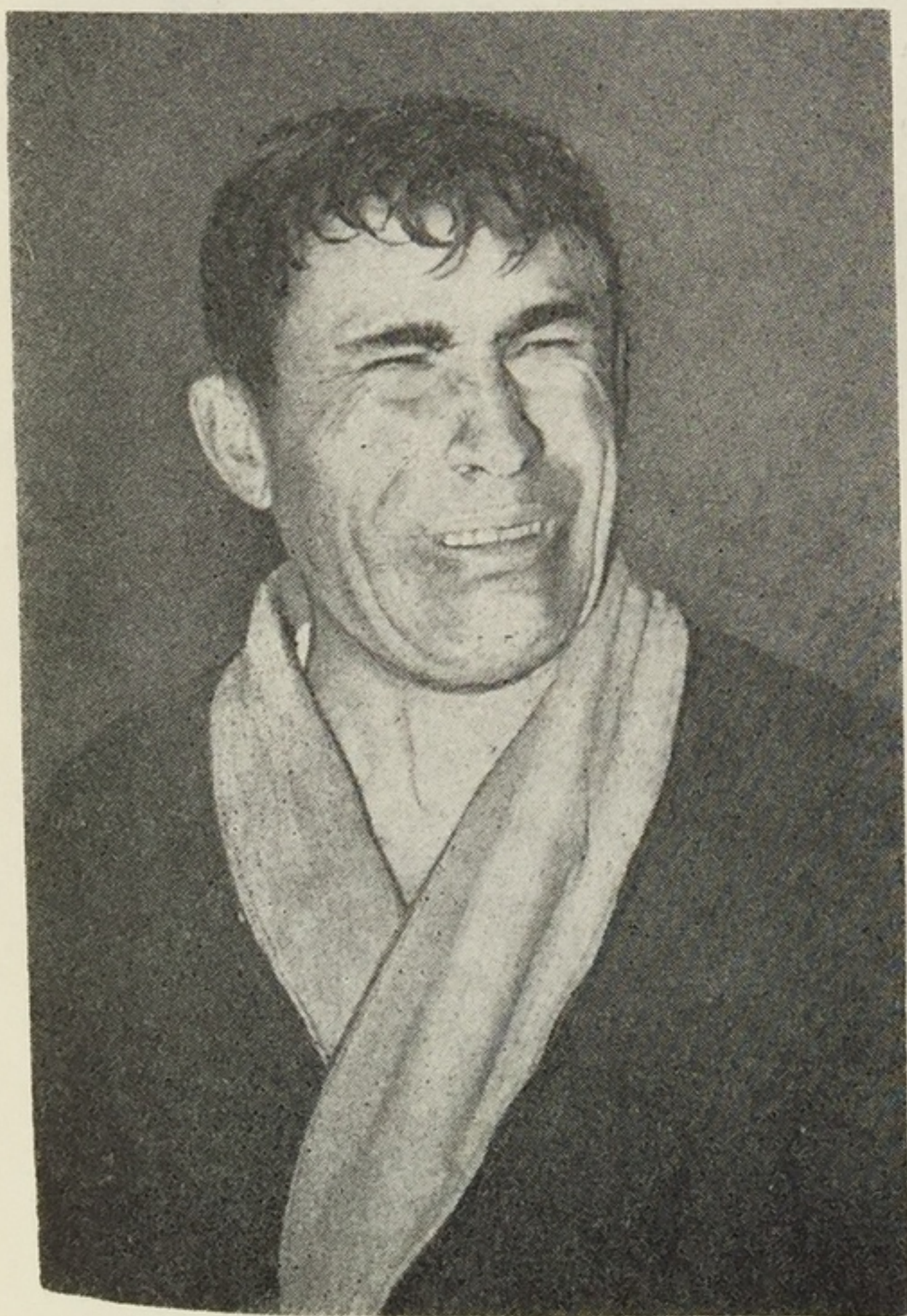
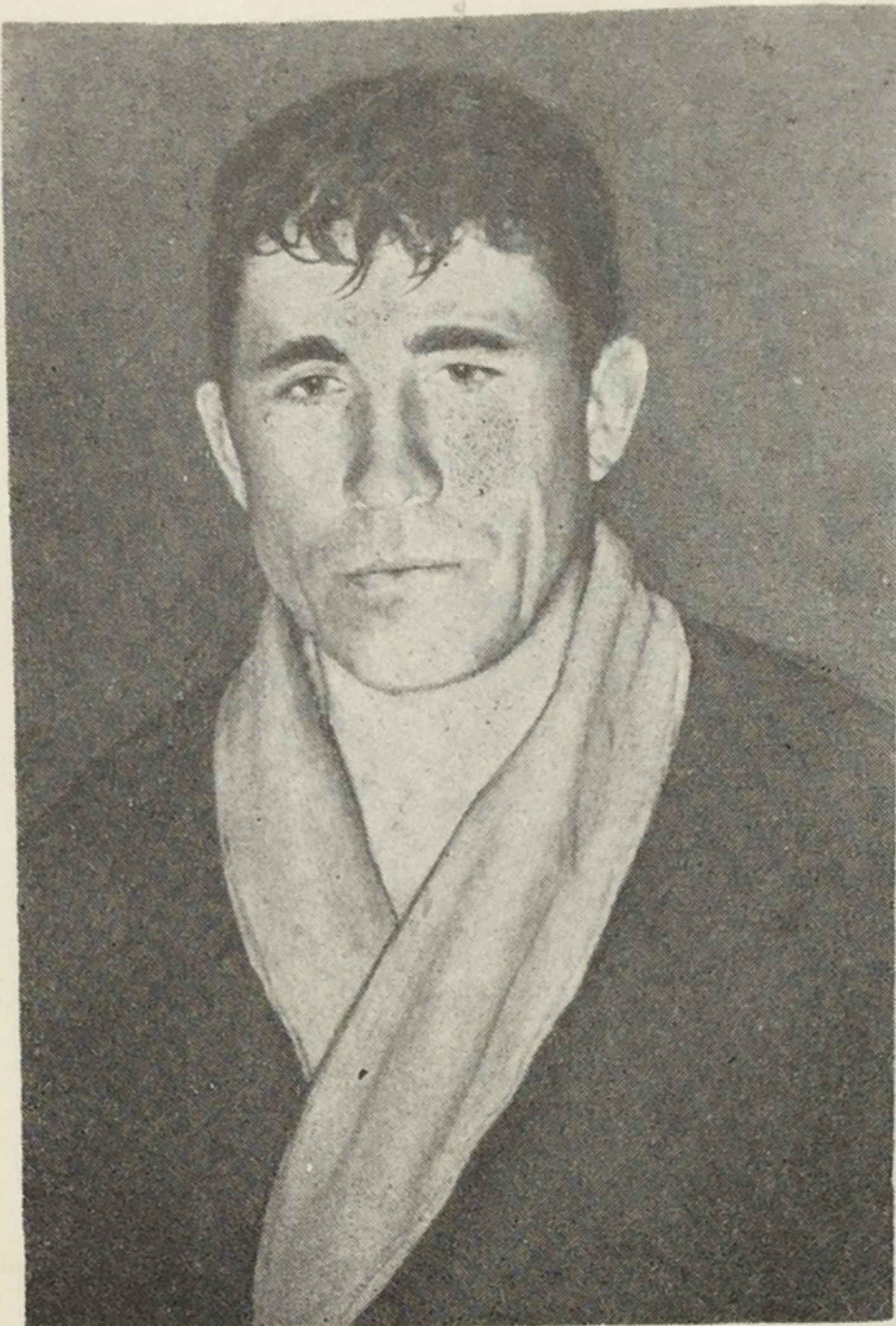
Рис. 332. Психогенное расстройство походки (истерическое). Р. Зоммер (R. Sommer)  
Диагностика психических заболеваний.



Рис. 333. Больная Г. (стр. 216). Истерический невроз. Истерическое расстройство походки.



Рис. 334. 335. Больной С., 39 лет. Истерические реакции. Травматическая церебростения. Алкоголизм. Реакция больного в ответ на упоминание о психогенно-травматической причине.



Во время Великой Отечественной войны был четыре раза ранен и дважды контужен (первая контузия сопровождалась потерей сознания на сутки). Впоследствии у больного появилась раздражительность, плаксивость. В больницу поступил в связи с сумеречным состоянием, во время которого отрубил себе большой палец на ноге. В больнице начинает плакать, когда к нему обращаются с вопросами, во время осмотра врачами отделения принялся кричать, кусать себе руки, в результате чего на обоих предплечьях образовались кровоподтеки.

На ногах старые рубцы после ранений. Шрам на правом плече. Свежие ссадины на правой голени, рубленая рана на левой стопе — отсутствует большой палец. Ссадина на левой надбровной дуге и на нижней губе. Со стороны внутренних органов — особенностей нет. Грубых органических неврологических симптомов не обнаружено.



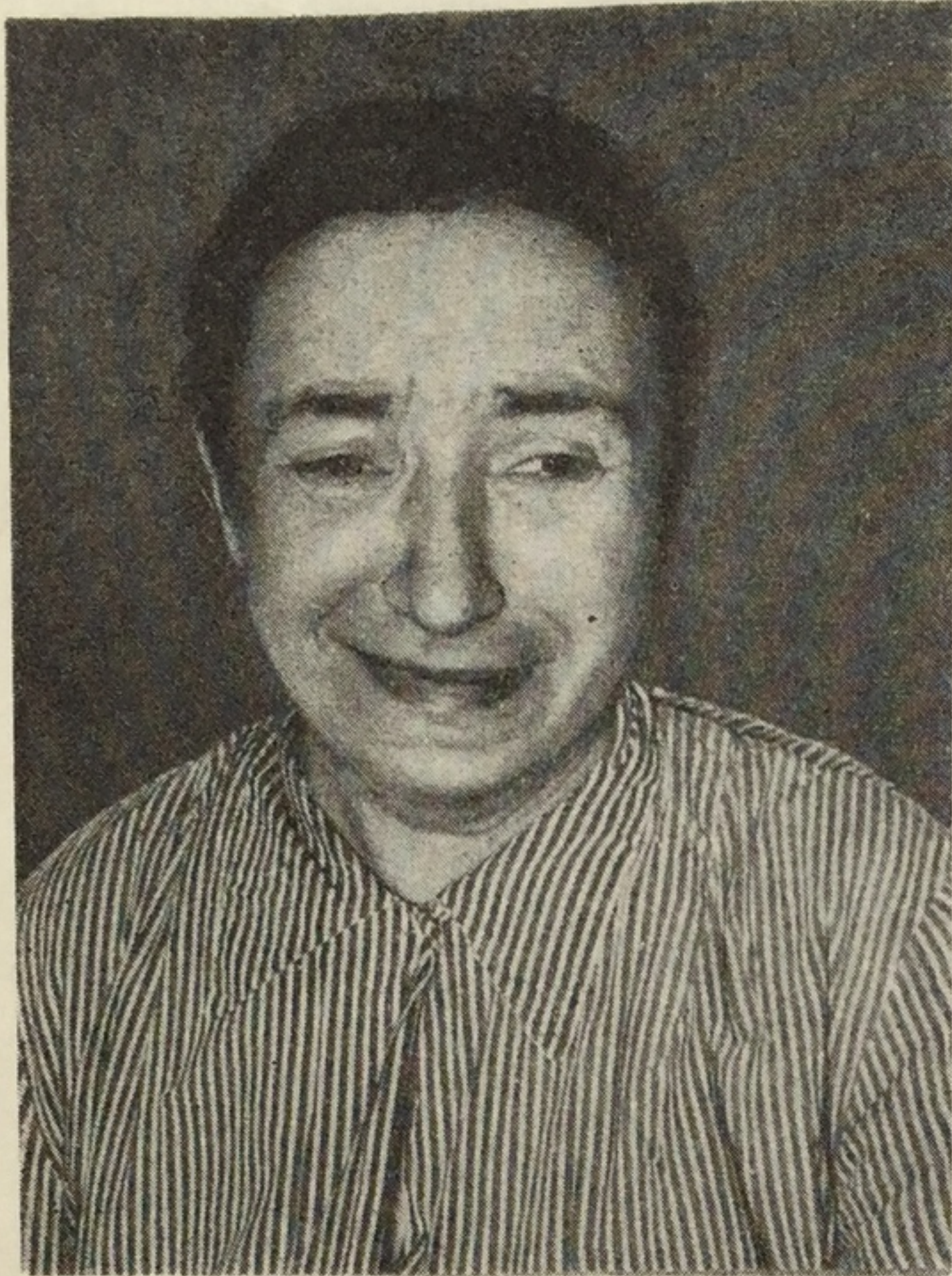


Рис. 336. Больная К., 42 лет. Психогенная депрессия.

Заболела после неприятностей по работе незадолго до поступления в больницу: появилась бессонница, подавленное настроение, плаксивость, «руки опускались», пропал аппетит, казалось, что сослуживцы плохо к ней относятся, по временам появлялся безотчетный страх, мысли о самоубийстве, жаловалась на тяжесть в груди. Во время фотосъемки: выражение лица печальное, страдальческое, поза депрессивная, при обращении к ней со словами успокоения плачет, называет себя глупой, никчемной, «не пригодной к жизни», начинает дрожать всем телом.

Сомато-неврологическое состояние, включая лабораторные данные (анализы мочи, крови, реакцию Вассермана, рентгеноскопию органов грудной клетки) без видимых отклонений от нормы.

Рис. 337. Больная Р., 40 лет. Психогенная депрессия.

Больная совершила суицидальную попытку — выпила раствор различных лекарственных веществ вскоре после ухода от нее мужа. Испытывала чувства тоски, обиды. Через некоторое время стала слышать голос изменившего ей мужа, плохо спала, рыдала.

Во время фотосъемки: подавлена, плачет, говорит о муже, нежелании жить, называет себя «живым трупом». Под влиянием психотерапии состояние больной улучшается: больная успокаивается, ищет помощи у врача. Физическое состояние без особенностей.

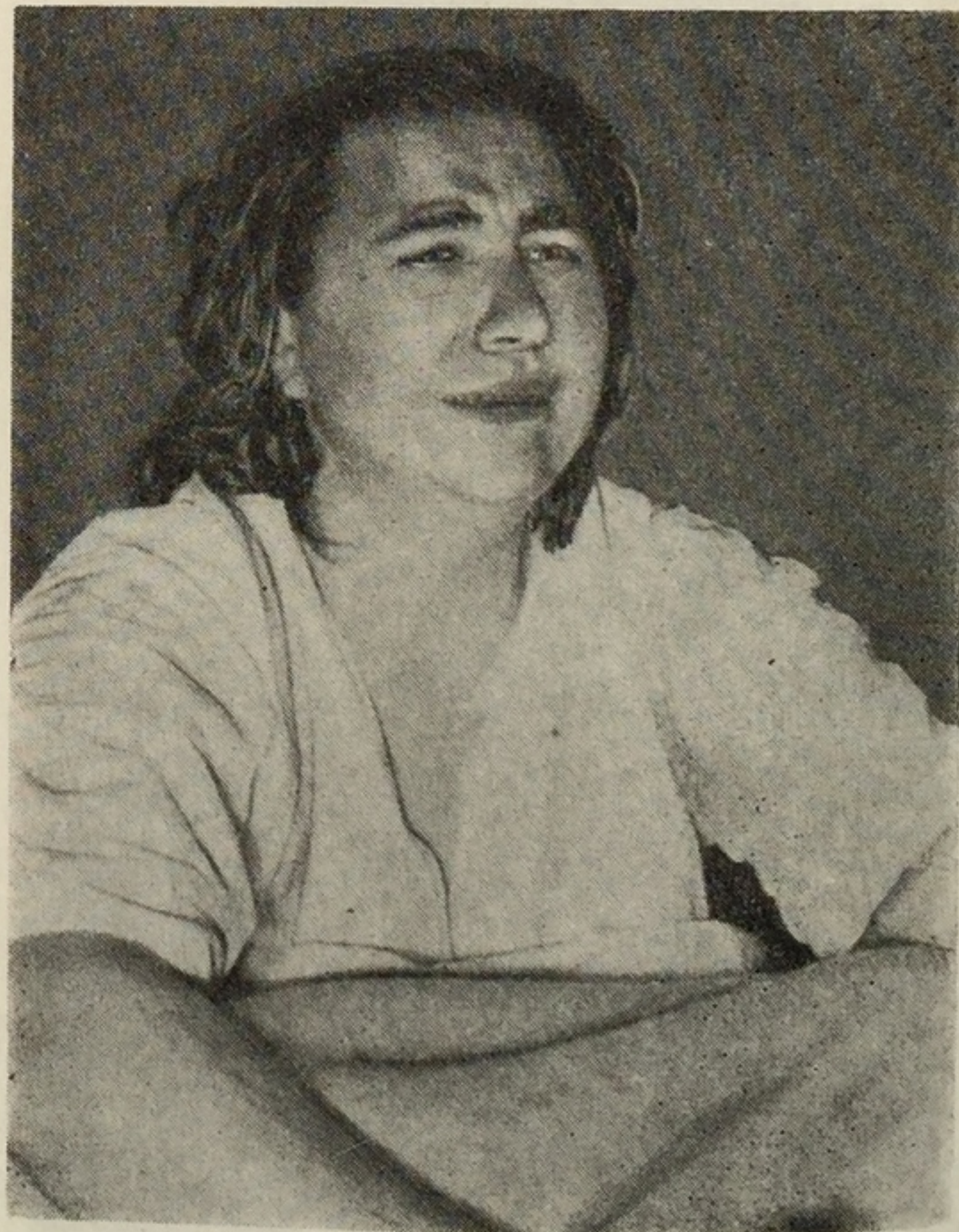
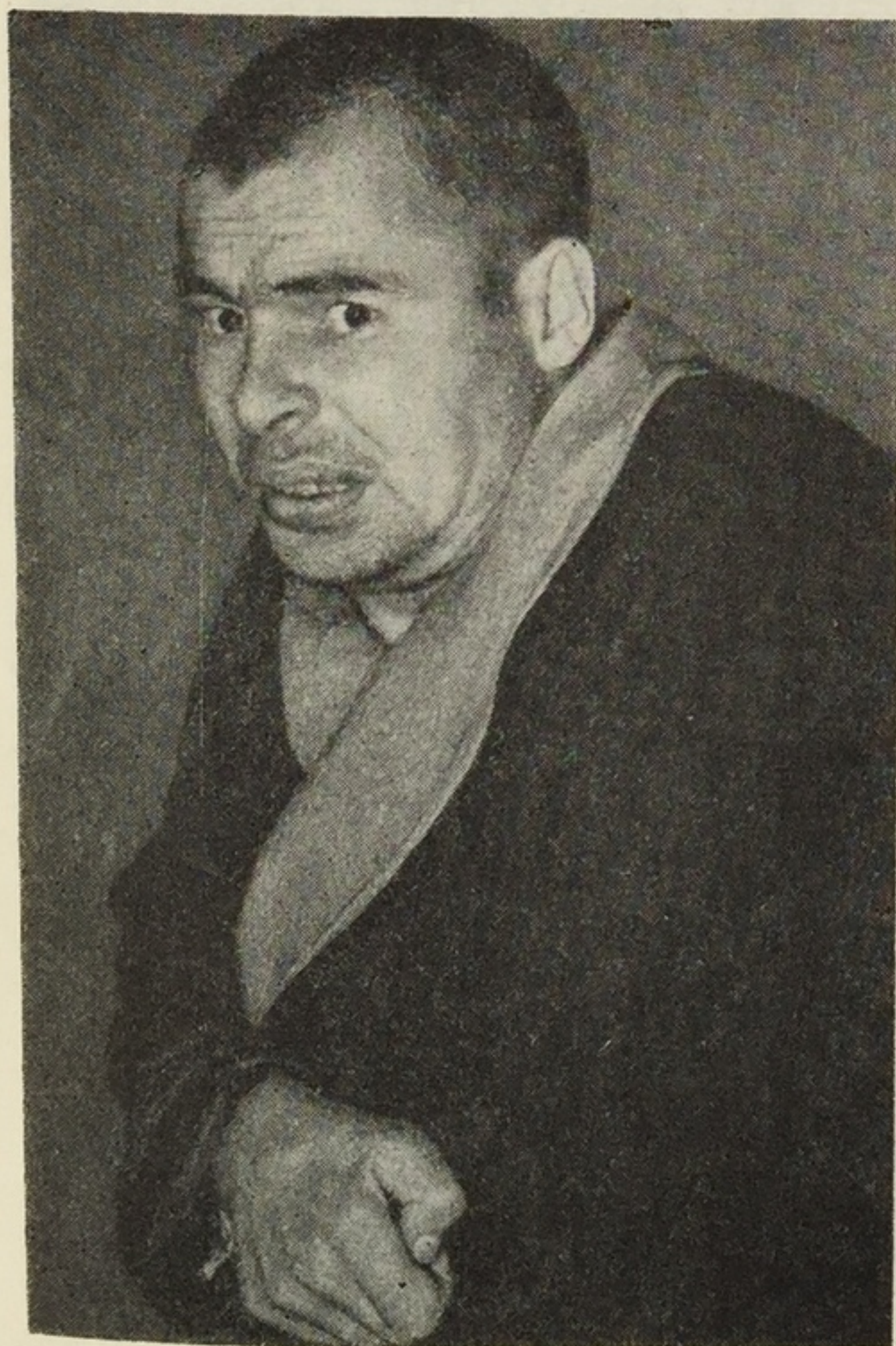


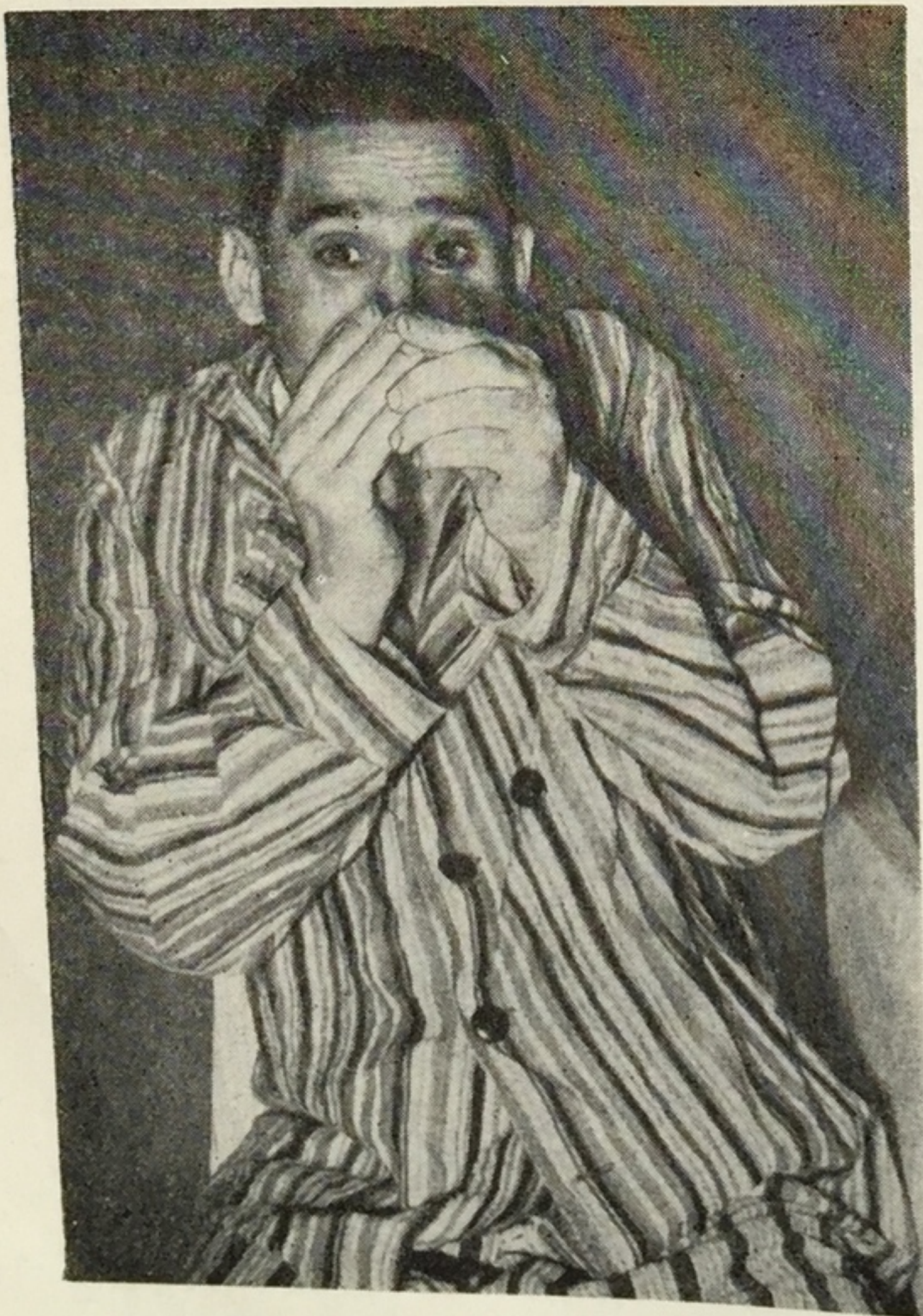


Рис. 338, 339. Больной Б., 29 лет. Синдром псевдодеменции.



В прошлом неоднократно судился. Привлечен к ответственности за нанесение ножевых ранений односельчанину. На следствии и во время экспертизы обнаруживал псевдодеменцию. Был выписан выздоровевшим. При сомато-неврологическом исследовании отмечается деформация в области правого локтевого сустава с атрофией мышц кисти и пальцев — травматического происхождения.







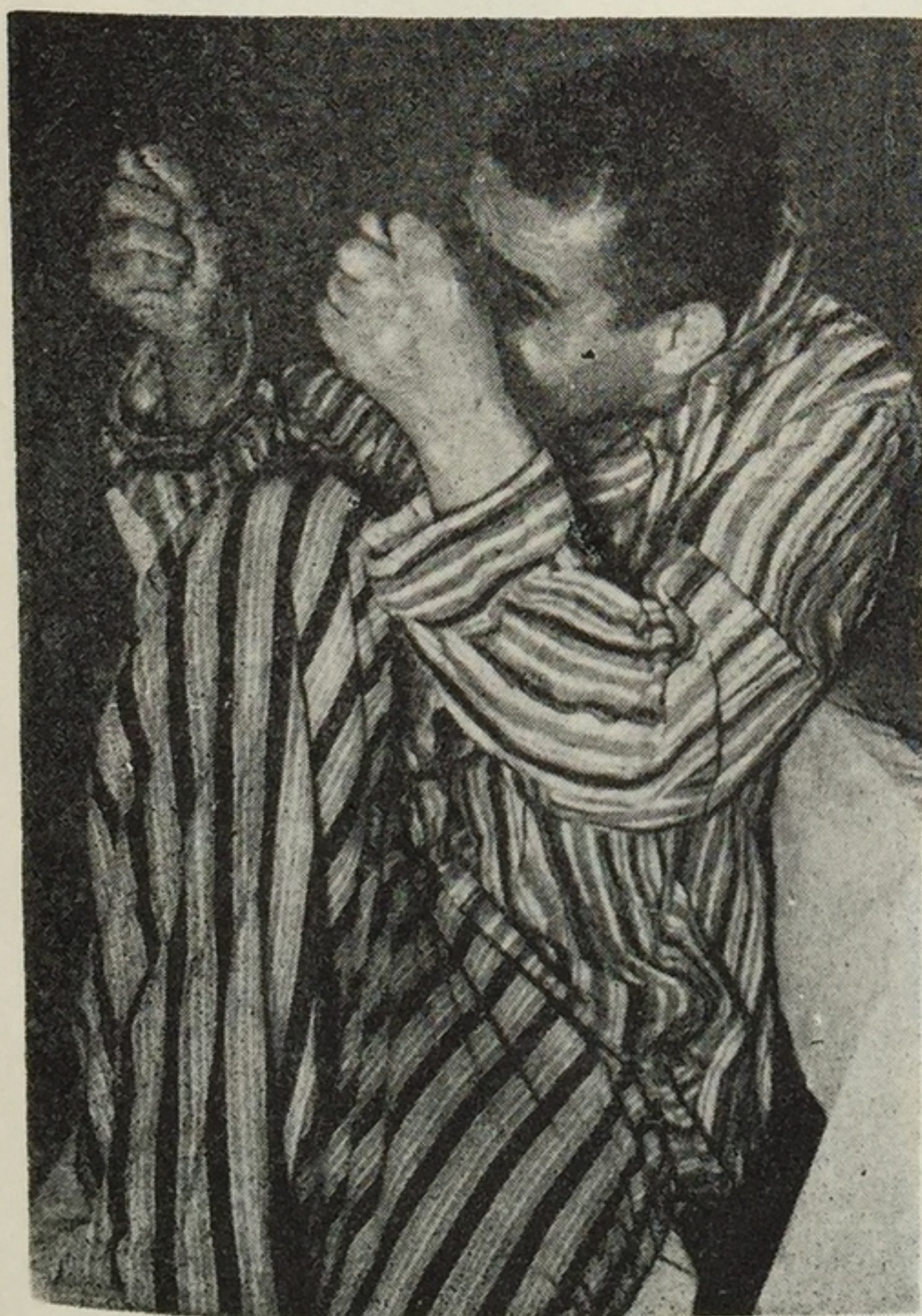
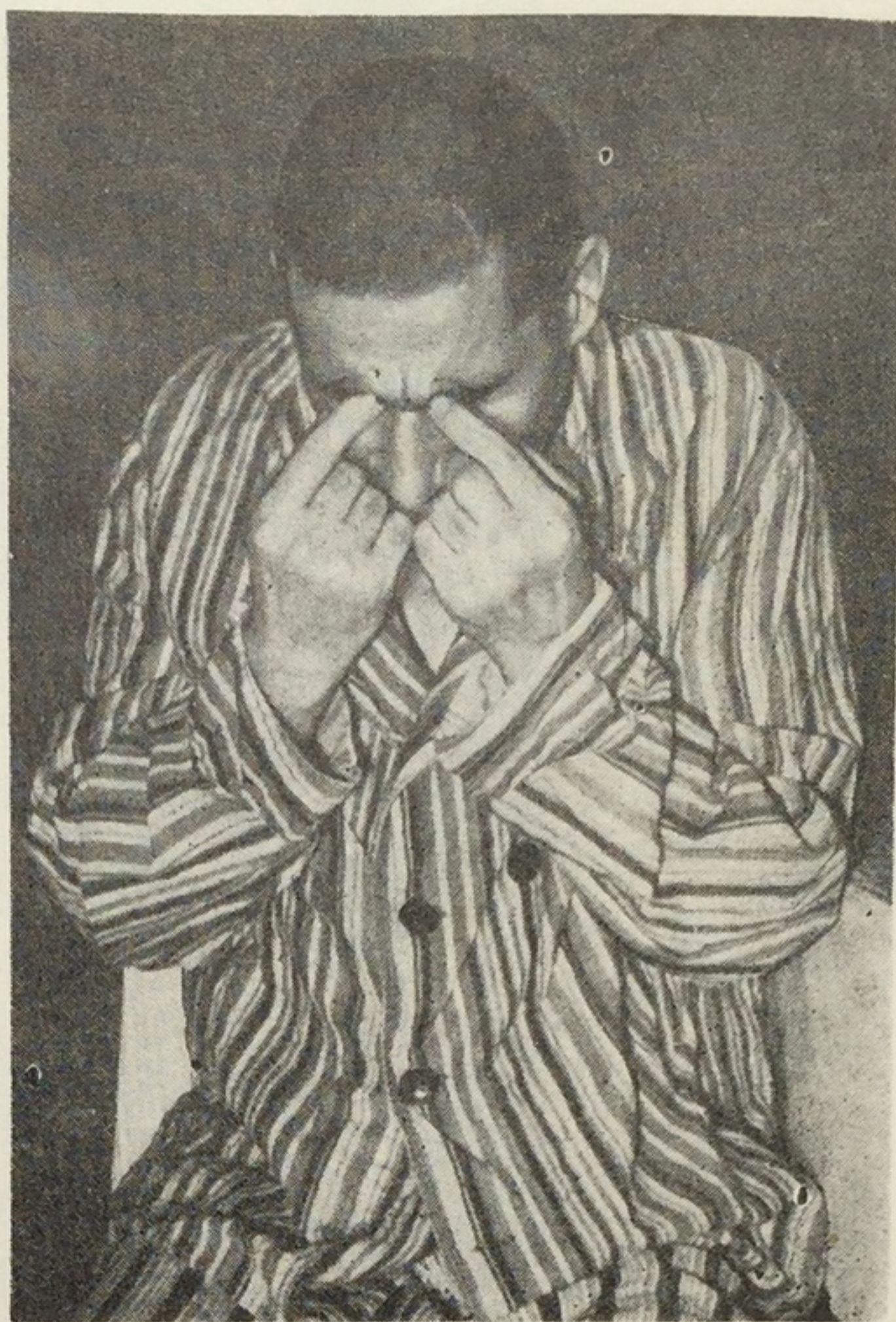
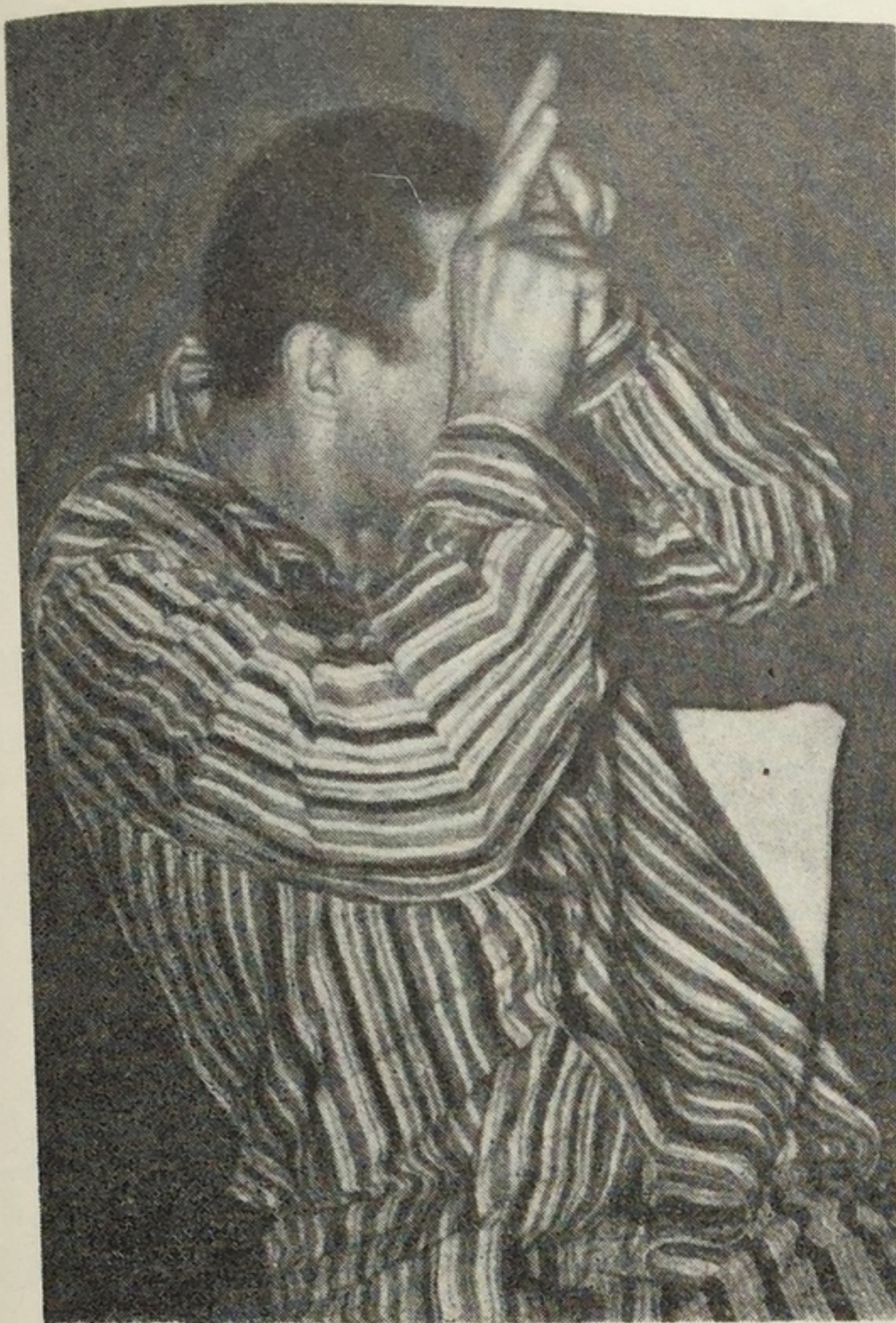


Рис. 340—346. Больной И., 30 лет. Истерические реакции. Псевдодеменция. Последовательное фотоизображение поведения больного.

Обвиняется в хулиганстве. Привлеченный к ответственности перестал говорить, неправильно себя ведет.

Во время фотосъемки: гримасничает, таращит глаза, неадекватно смеется, подпрыгивает в постели, нелепо жестикулирует. Сомато-неврологическое состояние без особенностей.



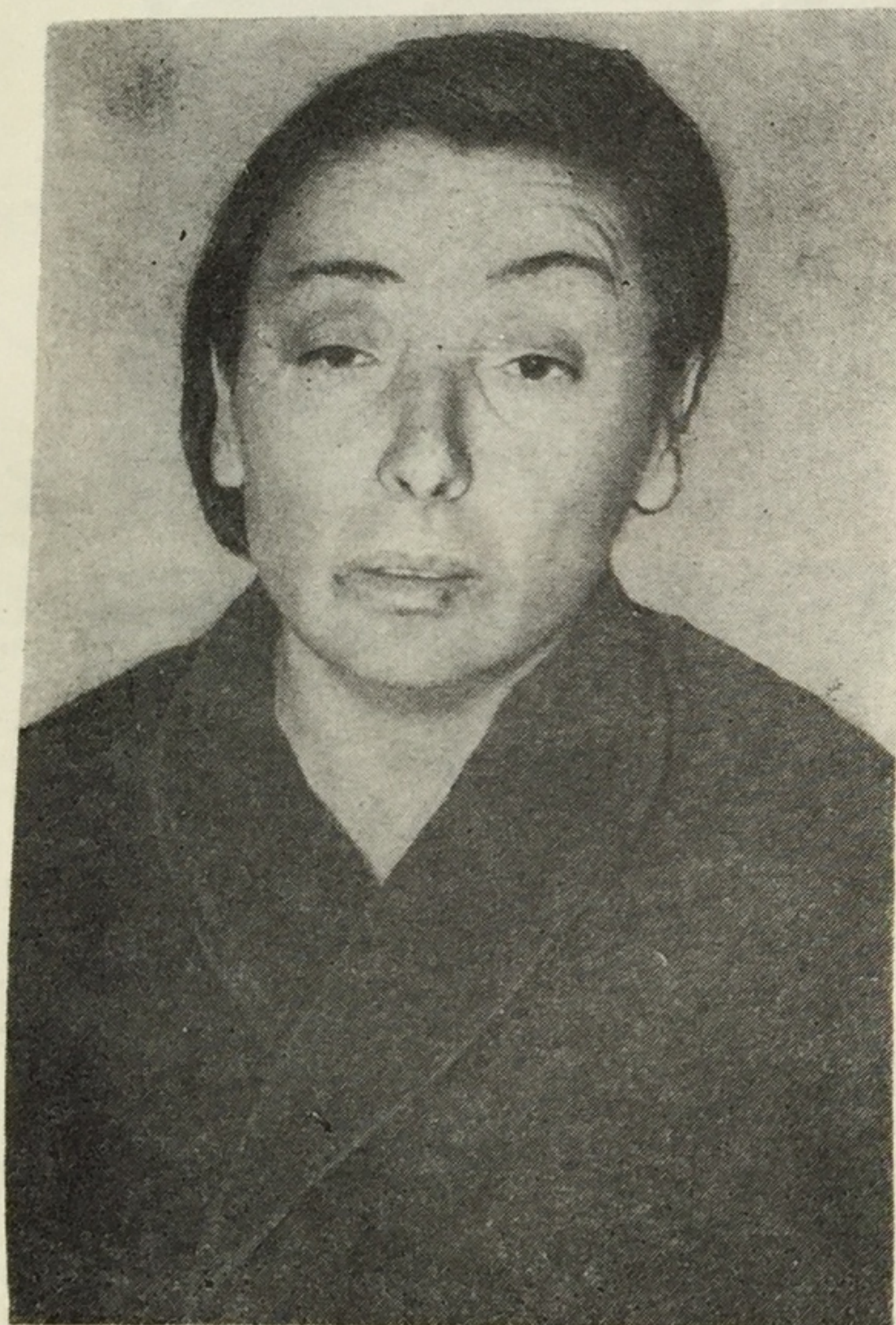






Рис. 347—352. больная Г., (стр. 216). Истерический невроз. Последовательное фотоизображение изменений мимики и жестов больной во время расспроса о ее состоянии.



# **СХЕМА РАЗЛИЧИЙ ИСТЕРИЧЕСКОГО И ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКОВ**

№ п.п		Эпилептический припадок	Истерический припадок
1	Припадку предшествуют	аура	волнение
2	Начало припадка	внезапное	постепенное
3	Падение	внезапное, ушибы	обычное, без ушибов
4	Сознание	утрачивается, кома	поверхностное расстройство сознания, нерезко выраженное сумеречное
5	Лицо	бледное, синюшное	красное, иногда выражающее страх, страдание
6	Зрачки	не реагируют на свет	закатывание глазных яблок под лоб, живая реакция зрачков на свет
7	Продолжительность	2—3 минуты	в зависимости от окружающей обстановки, иногда продолжительно
8	Рефлексы	отсутствие сухожильных рефлексов, симптом Бабинского	отсутствие органических неврологических нарушений
9	После припадка	постепенное прояснение сознания; кома, сопор, оглушение, олигофазия	быстрое прояснение сознания, иногда заикание, афония



## АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольные психозы входят в группу интоксикационных психозов потому, что их возникновение подчиняется общим закономерностям патогенеза и течения интоксикационных психозов. К этим закономерностям относятся: непосредственная зависимость возникновения алкогольных расстройств от действия алкоголя, отражение в клинической картине специфических особенностей алкогольной интоксикации, образование симптомов и их сочетаний, типичных для алкогольных психических расстройств. Алкогольные психические расстройства могут быть разделены в основном на две большие группы: 1) расстройства, возникающие вследствие длительного и большей частью систематического злоупотребления алкоголем, образующего клиническую картину так называемого хронического алкоголизма (Магнус Гусс, 1852) (Рис. 353—360). Эта группа алкогольно-органических изменений психической деятельности служит почвой, на которой возникают скоропреходящие или имеющие более затяжное течение алкогольные психозы. Хронический алкоголизм представляет собой заболевание, характеризующееся наличием типичных психопатологических, соматических и сомато-неврологических признаков. Развиваются с течением времени усиливающиеся при продолжающемся употреблении алкоголя расстройства памяти, рассеянность, забывчивость, ослабление внимания. Наряду с постепенным ослаблением умственной деятельности, изменяются и аффективные реакции больных. Нарастает общее ослабление эмоционально-волевого тонуса. Больные становятся раздражительны, слабодушны и легко внушаемы. Типическое психическое огрубение хронических алкоголиков особенно отчетливо обнаруживается в морально-этическом упадке. Ослабляется дифференцировочно-тормозящее влияние коры — ослабляется внутреннее торможение, обнажаются первично-элементарные влечения. Изменение морально-этического уровня хронических алкоголиков является существенной частью клинической картины хронического алкоголизма. Органическая деградация при хроническом алкоголизме образует тип «мнестически-аморального слабоумия», так как расстройство памяти и моральные дефекты составляют самую существенную группу расстройств при хроническом алкоголизме. Дополнительными признаками, характеризующими хронический алкоголизм, являются: появление у хронических алкоголиков похмельных состояний, образование «невыносимости» к алкоголю, увеличение видов алкогольных напитков (включая суррогаты), появление двигательного мимически-вкусового рефлекса. У хронических алкоголиков чаще всего под влиянием



дополнительных причин (психические и физические травмы, инфекционные заболевания — часто пневмонии, желудочно-кишечные расстройства — часто алиментарные интоксикации), иногда вне непосредственного употребления алкоголя возникает белая горячка пьяниц — *delirium tremens potatorum* (Сеттон—Satton) (рис. 361—368). Продромальными явлениями белой горячки могут быть: развивающаяся бессонница, состояние страха и тревожно-боязливое напряжения по ночам, иногда устрашающие сновидения, потливость, головные боли, суетливость.

Белогорячный делирий характеризуется наплывом ярчайших устрашающих галлюцинаций (в первую очередь зрительных) при расстройстве ориентировки преимущественно во времени, а также в месте, иногда с сохранением рассудительности и удовлетворительной ориентировки в себе (с возможностью воспроизведения анамнестических сведений). Живой аффект страха, иногда тревожное беспокойство, чрезвычайно живые, подвижные галлюцинаторные образы, часто зоологического содержания, алкогольно-юмористический, дразнящий оттенок галлюцинаторно-бредовых симптомов, крупное, размашистое дрожание, особенно заметное в руках, необычайно обильная потливость, феномен Липпмана, бессонница — такова в основных чертах симптоматика белой горячки. Начинается белая горячка чаще всего ночью, во время бессонницы или в сумерки, в вечерние часы суток. Иногда при белой горячке обнаруживается так называемый «профессиональный» бред, эпилептиформные припадки (обычно алкогольно-токсического происхождения и служащие дурным прогностическим признаком). Повышение температуры при белой горячке, так называемая лихорадочная белая горячка, — плохой признак, обычно свидетельствующий о грядущих соматических осложнениях, чаще всего в виде пневмоний различного характера. Наибольшее количество симптомов отчетливо сохраняется в памяти больных, особенно в ближайшее по отношению к делирию время. Уместно отметить, что зрительные галлюцинаторные образы белогорячных делирантов отличаются предельной яркостью, например, делиранты видят отдельные волоски покрывающей собаку шерсти. Зрительные галлюцинаторные образы носят нередко фантастически-чудовищный вид (рис. 375—390), сгущаются и сливаются в один галлюцинаторный образ части самых разнообразных животных, образующие как бы сказочные чудовища. Галлюцинации обычно многочисленны, подвижны, агрессивно направлены на самого больного. Зрительные галлюцинации у больных могут быть вызваны или усилены легким прижатием пальцами закрытых глаз больного и косвенным словесным внушающим воздействием (симптом Липпмана). Чаще в конце делирия при надавливании на глазные яблоки без словесного внушения больные «видят» летящие искры, яркие пятна, как бы геометрические фигуры (симптом Пуркинье). Больные могут читать, всматриваясь в поданный им чистый лист бумаги (Симптом Рейхардта, рис. 366, 367), вести телефонные разговоры в трубку, лишенную связи с аппаратом (симптом Ашаффенбурга, рис. 368), плотно сжимать в кулаке якобы вложенный в их руку предмет, что подчеркивает легкость возникновения у делирантных больных иллюзорных восприятий, особенно под влиянием внушающих воздействий. Следует подчеркнуть особо важную роль в клинической картине белогорячного делирия вегетативно-соматических симптомов (бессонница, дрожание, потливость, рис. 364, 365).

Помимо белой горячки, у хронических алкоголиков могут наблюдаться острый и хронический галлюцинозы (рис. 75—91), корсаковский алкогольный полиневритический психоз, острый и хронический алкогольный параназальная истерия — истерические реакции у хронических алкоголиков.



Рис. 353. Больной Б., 39. Хронический алкоголизм.

Во время войны контужен. Злоупотребляет алкоголем 10 лет. Употребляет внутрь различные наркотики. Переведен в психиатрическую больницу из терапевтического отделения, куда был доставлен каретой скорой помощи в связи с отравлением алкоголем и бромуралом якобы с суицидальной целью. Ежегодно лечится в больнице по поводу хронического алкоголизма.

Фотографирование произведено в приемном покое больницы во время поступления. Находится в состоянии опьянения. Злобен, иронизирует над вопросами врача: «мне голоса приказывают сквырнуться!». Галлюцинаций не обнаруживает. На лице, ногах много ссадин. Анкилоз правого локтевого сустава, атрофия мышц правого предплечья, деформация пальцев правой кисти. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 100 ударов в 1 мин. Органических неврологических симптомов нет.

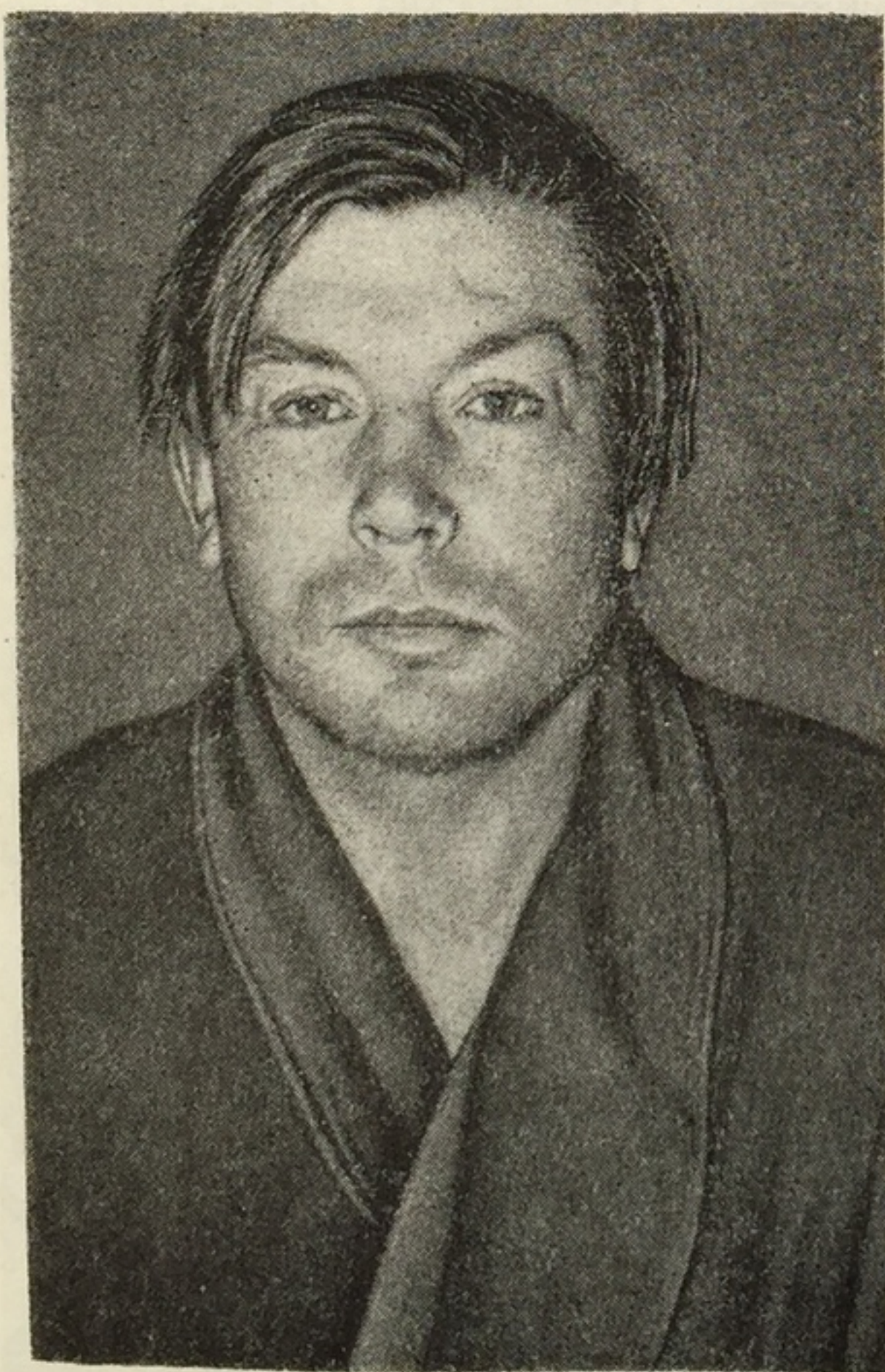


Рис. 354. Больной Т., 40 лет. Хронический алкоголизм. Алкогольная эпилепсия.

Злоупотребляет алкоголем 18 лет. Употребляет суррогаты, пьет ежедневно, последние годы пьянеет от малых доз алкоголя. В течение последних 5 лет во время алкогольного опьянения или на похмелье появляются большие судорожные припадки с потерей сознания, прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Много раз лечился в психиатрической больнице по поводу белой горячки. Последний раз поступил в больницу в связи с «серией» судорожных припадков, появившихся у больного в состоянии алкогольного опьянения.

Во время фотосъемки: обнаруживает признаки алкогольной деградации личности — память снижена, морально-этический уровень низок, благодушен, грубо шутит, пользуется «алкогольным жаргоном», с врачом фамильярен, развязен, ищет оправдание своей привычке, поведению, стремится выставить себя в лучшем свете, к пребыванию в больнице относится как к привычному положению. К своему будущему и настоящему относится беспечно, не имеет положительных жизненных установок, дает «обещание» «больше не пить», «это последний раз, доктор, — выпишите меня». Обнаруживается положительный мимически-вкусовой рефлекс при упоминании об алкоголе. У больного неустойчивость в семейной жизни, трудная ситуация на работе, обусловленная его пьянством. В соматическом состоянии отмечается легкая потливость, дрожание пальцев рук, гиперемия лица, выраженная глухость сердечных тонов. Анализы мочи, крови, реакция Вассермана в крови, рентгенологическое исследование черепа и органов грудной клетки без особенностей.



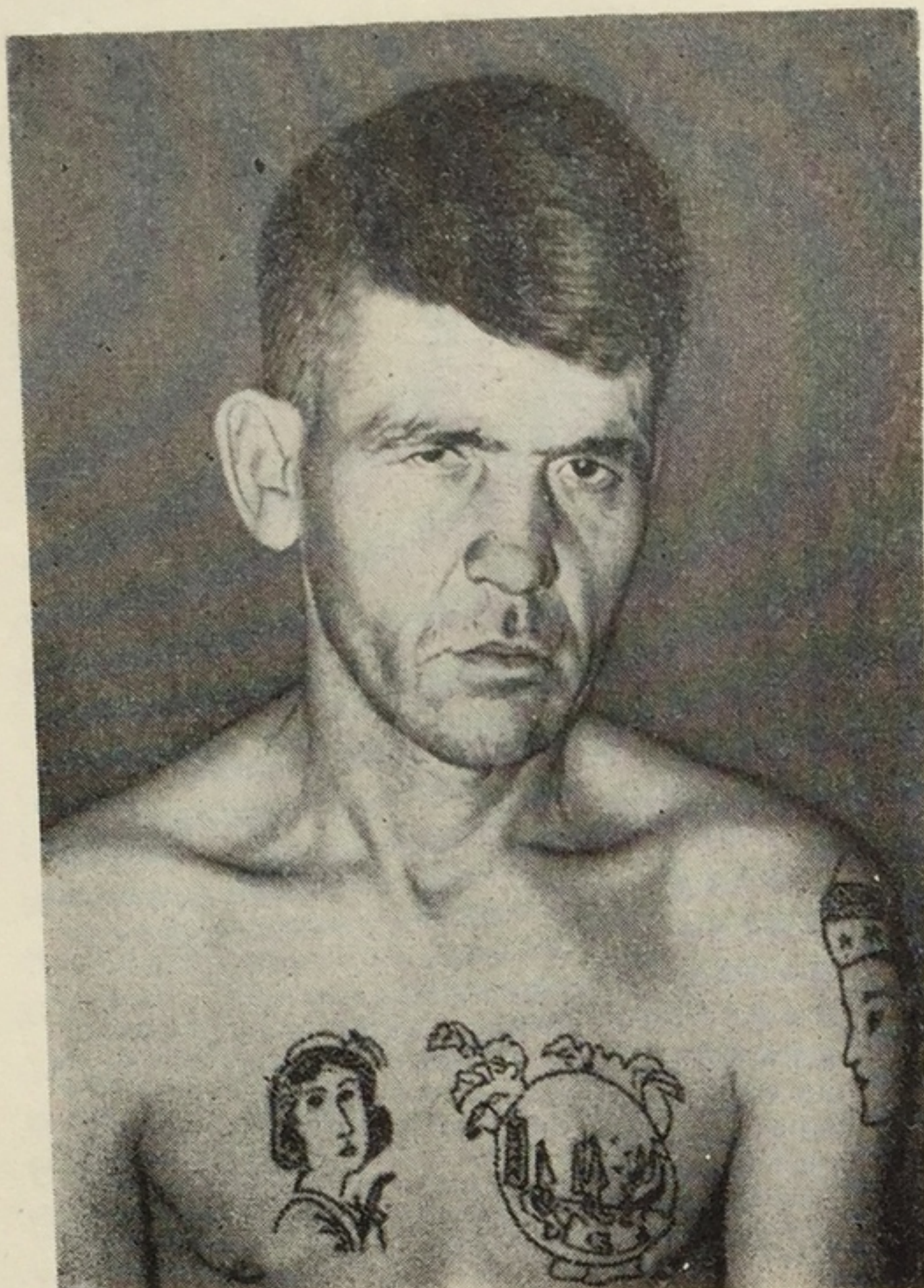


Рис. 355. Больной М., 42 лет. Хронический алкоголизм.

Во время войны дважды был контужен, находился без сознания двое суток, отмечался сурдомутизм в течение 3 месяцев. Многократно лечился в психо-неврологических госпиталях. Обнаруживает истерические реакции после волнений. 20 лет злоупотребляет алкоголем, пьет суррогаты (одеколон). Последние годы пьет ежедневно, не выходя из состояния алкогольного опьянения.

За неделю до поступления в больницу вечером, и особенно ночью, появился страх, бессонница, потливость, дрожание всего тела, зрительные и слуховые галлюцинации: какие-то люди заходят в комнату, приказывают ему выйти, говорят «рассчитаемся с тобой». Видел очень ярко каких-то «безобразных животных, людей-уродов, чёрта с зубами, рогами и в шерсти, сидящего на банке». Больной рассказывает, что взял его в руку и бросил на пол, даже слышал, как тело черта «стукнуло об пол». Затем видел, как «черт» побежал по полу и спрятался под карниз. Удирая от людей — преследователей, забрался в погреб, там, отбиваясь топором от преследователей, разрушил бочки, стоявшие в погребе.

Последнее время слышит «голоса» людей, окликающие его. На груди, спине, руках — татуировки. На левой голени — множественные старые рубцы от ранений, в области правой локтевой ямки — множественные линейные рубцы (результат самоповреждений в состоянии опьянения). Внутренние органы без особенностей. Органических неврологических симптомов не отмечено.

Рис. 356. Больной О., 34 лет. Хронический алкоголизм. Ушиб и ссадина на правой брови, на левой скуле во время падения в состоянии опьянения.

Больной систематически злоупотребляет алкоголем 5 лет. Опохмеляется, были случаи употребления суррогатов. Лечился в наркологических отделениях психиатрических больниц без стойкого эффекта. Накануне поступления в больницу выпил около литра водки, был агрессивен. В состоянии резкого алкогольного опьянения выпил 40 таблеток люминала. После оказания первой помощи доставлен в больницу.

Фотосъемка произведена во время поступления в больницу. На правой брови ссадина. Татуирован. Со стороны внутренних органов выраженных нарушений нет. Органических неврологических симптомов не отмечается.

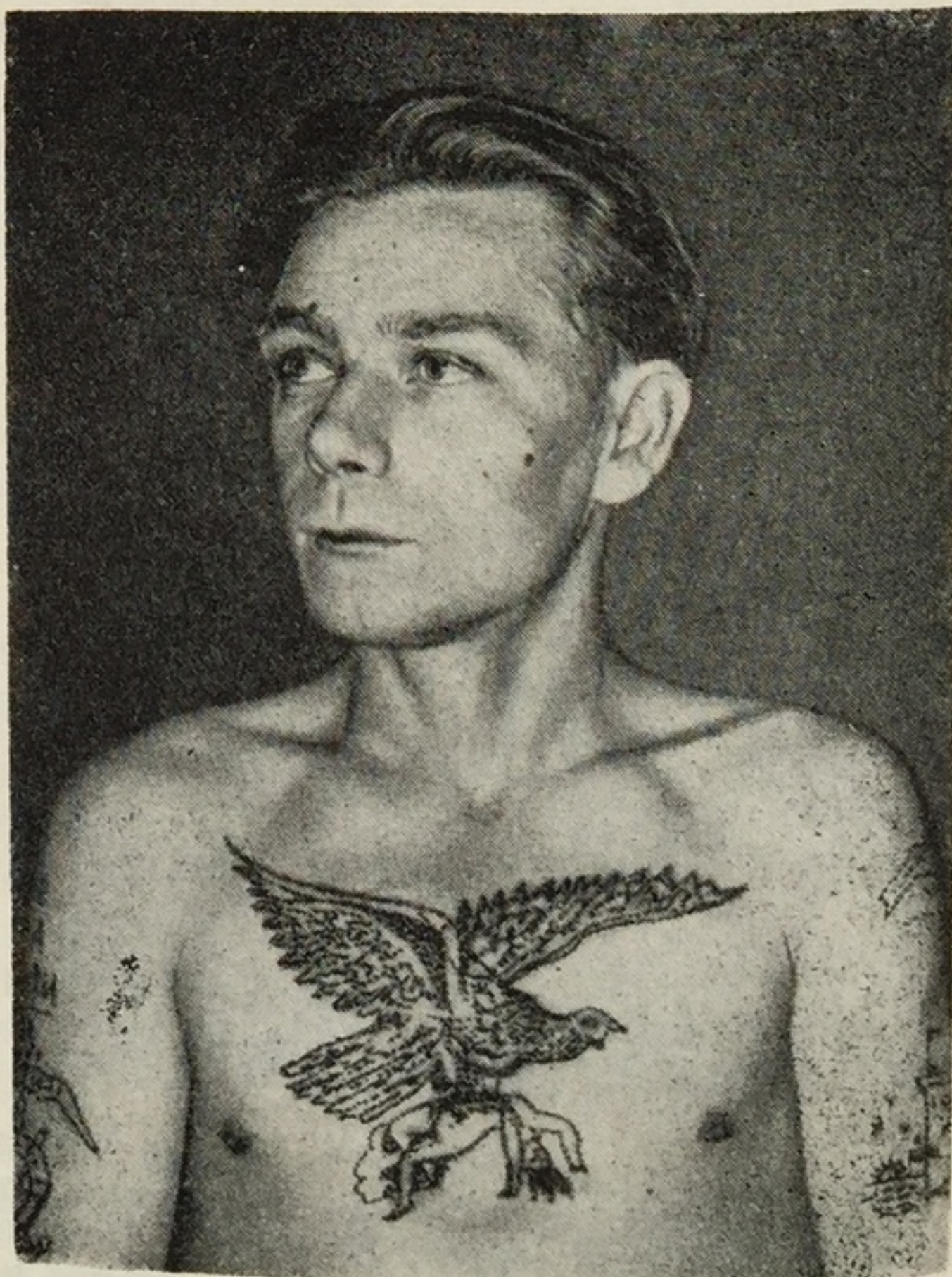




Рис. 357. Больной М., 38 лет. Хронический алкоголизм. Алкогольный паранойд. В психиатрическую больницу доставлен каретой скорой помощи из милиции, куда явился с требованием укрыть его от преследователей.

Больной 10 лет злоупотребляет алкоголем, пьет ежедневно. Многократно лечился в психиатрических больницах по поводу хронического алкоголизма. Около полугода, как больной считает, что за ним следят, хотят убить, полагает, что жена «в сговоре с бандитами». Дома быть избегает, совершает, спасаясь от «преследователей», поездки из города в город, где помещается в психиатрические больницы. Последняя поездка — из г. Харькова в г. Киев.

Во время фотосъемки: тревожен, подозрителен, высказывает бредовые идеи преследования; заявляет, что никому не доверяет, но просит помощи — перевода в учреждение, где его «могли бы охранять». Доступен, активен в отношении своего устройства.

В физическом состоянии отмечается глухость сердечных тонов, небольшое расширение границ сердца.

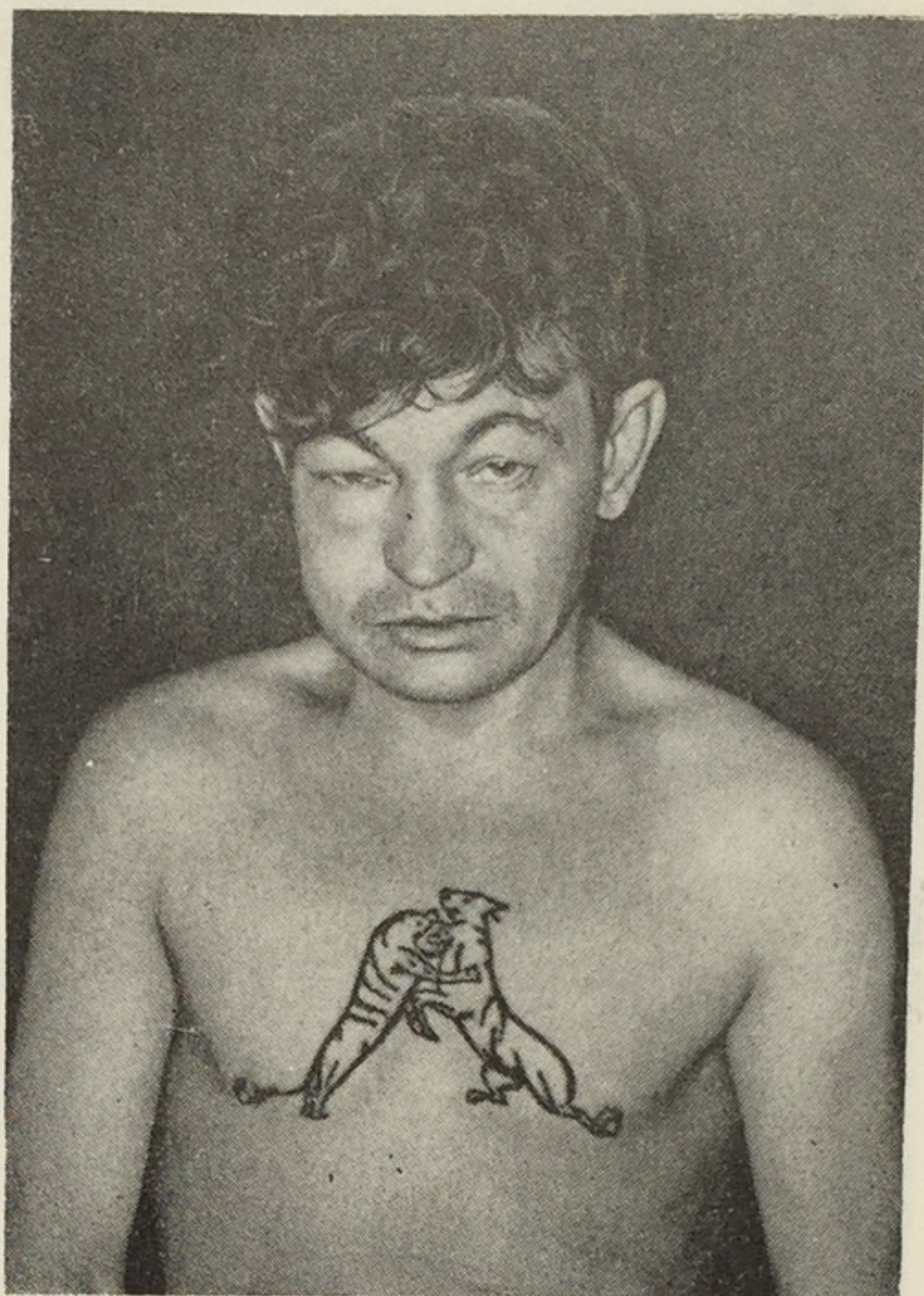
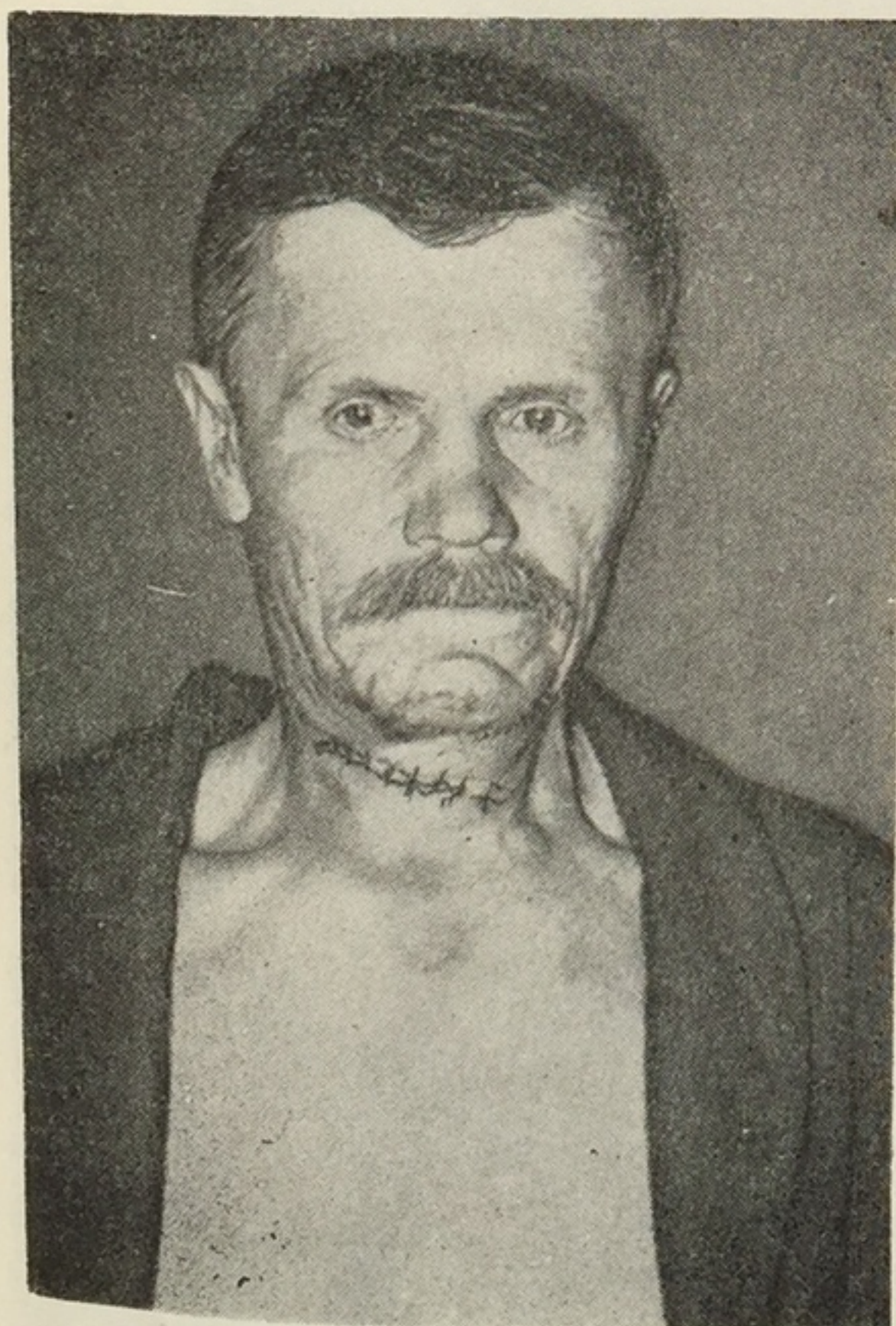


Рис. 358. Больной С., 70 лет. Хронический алкоголизм. Суицидальная попытка во время белогорячного делирия. Фотографирование в приемном покое больницы после перевода из хирургического отделения.

Много лет злоупотребляет алкоголем. Под влиянием появившихся слуховых и зрительных галлюцинаций слышал «голоса», угрожавшие расстрелом, видел людей, гнавшихся за ним, совершил суицидальную попытку — нанес себе ножом резаную рану шеи. В хирургическом отделении, где больному была оказана скорая помощь, объявил голодовку, не принимал медикаментов, заявил, что его хотят отравить, плакал, умолял его не убивать. Больной дрожал всем телом, потел, не спал.

Во время фотосъемки в приемном покое больницы при поступлении из хирургического отделения больной грубо ориентируется во времени, неправильно называет свое местонахождение. Рассказывает о «банде», следящей за ним, угрожающей его убить. Даже жена, как он считает, подкуплена и принимает участие в его отравлении. Чтобы «не принимать мучительную смерть», решил покончить с собой.

Отмечается легкое дрожание пальцев рук, зрачки расширены. На шее резаная рана с наложенными на нее швами. На подбородке ссадина. Сердечные тоны глухие, учащены. Пульс 90 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Перкуторный звук над легкими с коробочным оттенком, рассеянные сухие хрипы. Органических неврологических симптомов не обнаружено.





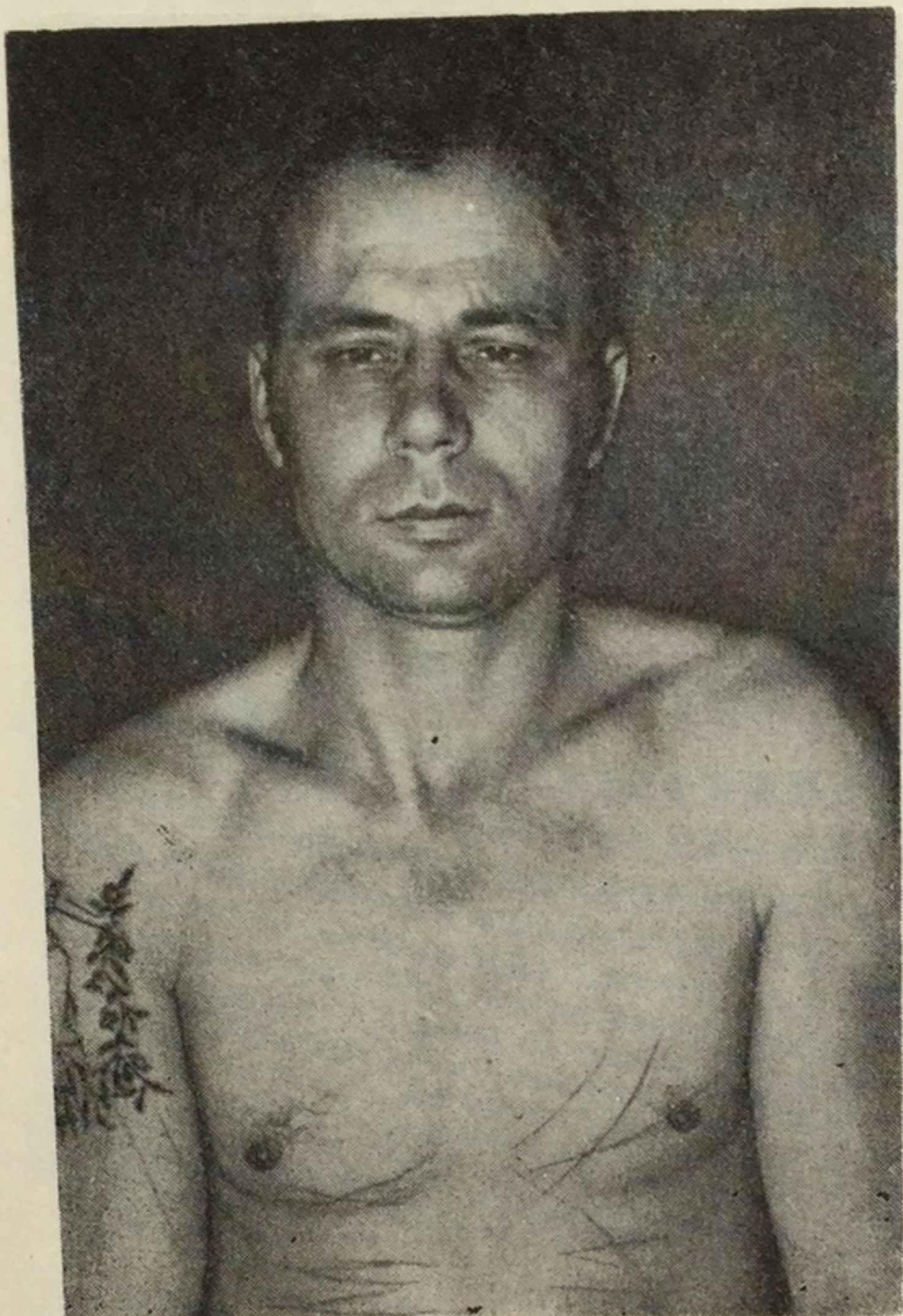
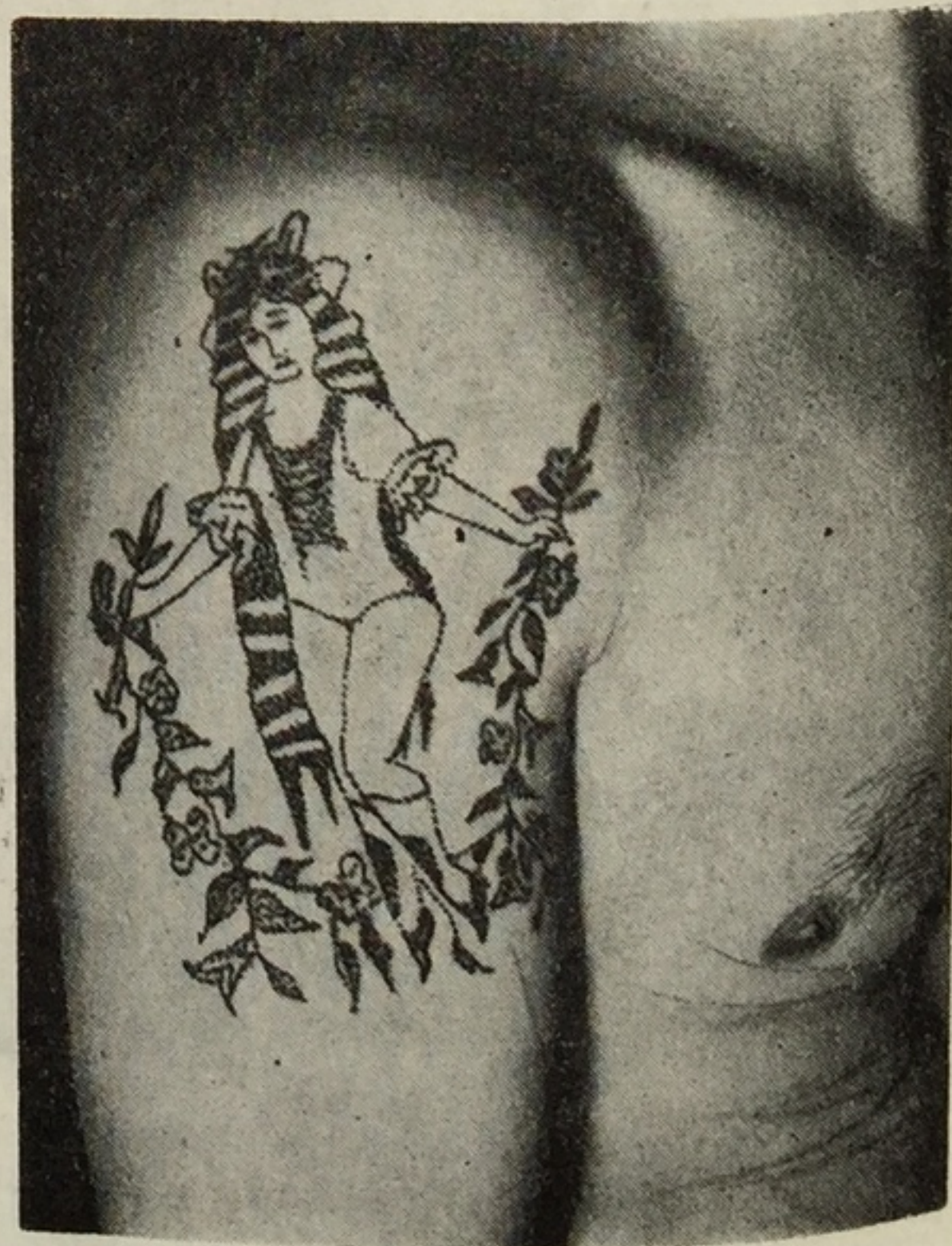


Рис. 359. 360. Больной З., 37 лет. Травматическая энцефалопатия. Хронический алкоголизм. Истерические реакции. Самоповреждения в виде поверхностных кожных ножевых ранений.

Во время войны был трижды контужен, потерял левую ногу. 12 лет злоупотребляет алкоголем, употребляет различные наркотики. Привлекался к судебной ответственности за хулиганство. В психиатрическую больницу поступает обычно после «суицидальных попыток» — наносит себе на коже продольные поверхностные порезы режущими предметами. Часто выписывался из больницы за нарушение режима.

Последний раз доставлен в больницу после попытки в состоянии алкогольного опьянения выброситься через окно. В больнице: демонстрирует заикание, требует особого внимания к себе, груб, не желает подчиняться больничному режиму. Разбил стекло в оконной раме, осколком порезал кожу на груди, в это время симулировал бессознательное состояние. Фотосъемка произведена перед выпиской.

Татуирован. На коже груди, рук, животе — поверхностные самоповреждения (рубцы), левая нога ампутирована в верхней трети голени. Внутренние органы без особенностей.





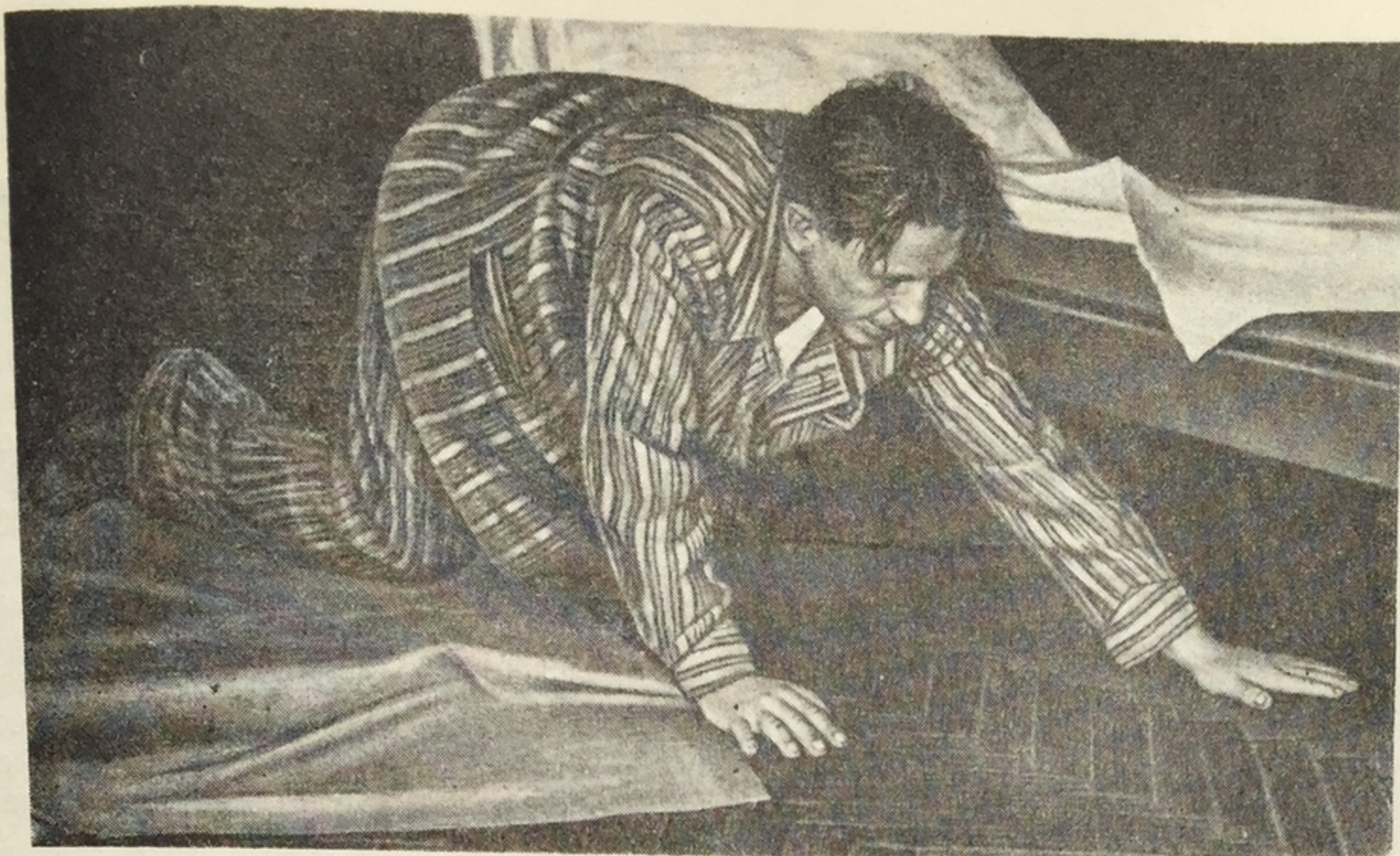


Рис. 361. 362. Больной К. 47 лет. Белая горячка пьяниц. Погоня за «зверьками», движущимися возле больного.

Злоупотребляет алкоголем много лет. Регулярно пьет водку, вино, одеколон, денатурат; были случаи употребления антифриза.

Много раз лечился в наркологических отделениях психиатрических больниц. Часто поступает в больницу по поводу белой горячки.

За 3 дня до поступления в больницу много пил. Перестал спать, испытывал страх, были зрительные и слуховые галлюцинации — видел «мертвые головы своих детей», слышал «голоса» преследователей.

В больнице не ориентируется в месте и времени, в себе ориентируется. Охвачен страхом, на столе, под столом видит разных мелких животных и среди них — отрезанные детские головы, слышит «голоса», которые угрожают его убить, называют «пьяницей», «предателем». Положительный симптом Рейхардта. Обнаруживается мимически-вкусовой рефлекс. Обильно потеет, дрожит всем телом, лицо гиперемировано, склеры инъектированы.

Во время фотосъемки: зрительные галлюцинации, «ловит» крыс, резкая потливость, крупное дрожание рук и головы. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 120 уд. в 1 мин., удовлетворительного качества.

В легких выслушиваются сухие, рассеянные хрипы. Край печени выступает из-под реберной дуги на 1,5 пальца, уплотнен.

Органических неврологических симптомов нет.



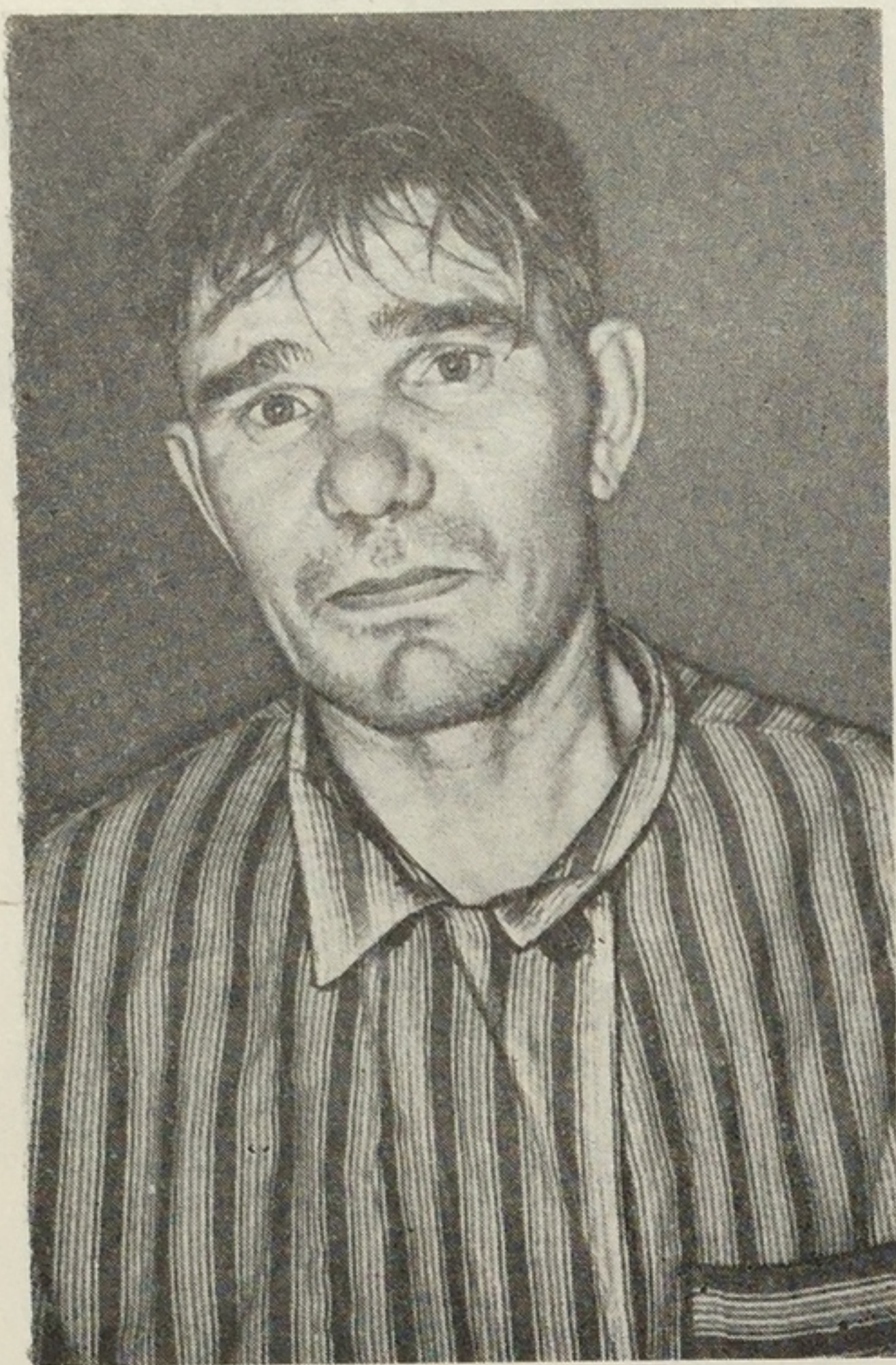


Рис. 363.

Ни к кому не обращаясь, спрашивает, почему это его сын «ездит там на двух лопатах». В соматическом состоянии у больного обнаружен атеросклероз, миокардиодистрофия, хроническая коронарная недостаточность. Органических неврологических симптомов не обнаружено. Лечение: сердечные, снотворные, надзор.

Рис. 363. Больной К., 54 лет. Белогоречный делирий. Обильная потливость на лице.

Злоупотребляет алкоголем около 30 лет. Последние 5 лет ежедневно выпивает по 1—2 стакана водки, быстро пьянеет от небольших доз, тогда как раньше не пьянел от значительно больших доз. Несколько лет страдает гастритом, сильными болями в области желудка. По поводу болей в области желудка поступил в хирургическое отделение, где на следующий день развилась белая горячка.

Переведен в психиатрическую больницу. Во время фотосъемки: делириозное состояние — неправильно называет место своего пребывания, дезориентирован во времени, в себе ориентируется.

Дрожит всем телом, тело покрыто обильным потом, стремится куда-то идти, кого-то зовет, бранит, предлагает идти с ним вместе, заявляет, что идет на работу, что-то снимает с пижамы, оглядывается, вдруг шарахается в сторону, машет руками, словно отгоняет от себя что-то. Просит водки. Из-за крупноразмашистого дрожания не может надеть тапочки на ноги, надел обе тапочки на одну ногу. Суетлив. Утирает пот на лице. Всматривается в пространство, подобрался к окну, стал звать: «Вася-а!», протирает глаза, ощупывает свое тело. Врачей называет «Андрюшами, Ванями».



Рис. 364. Тот же больной, утирающий пот на лице рукой.



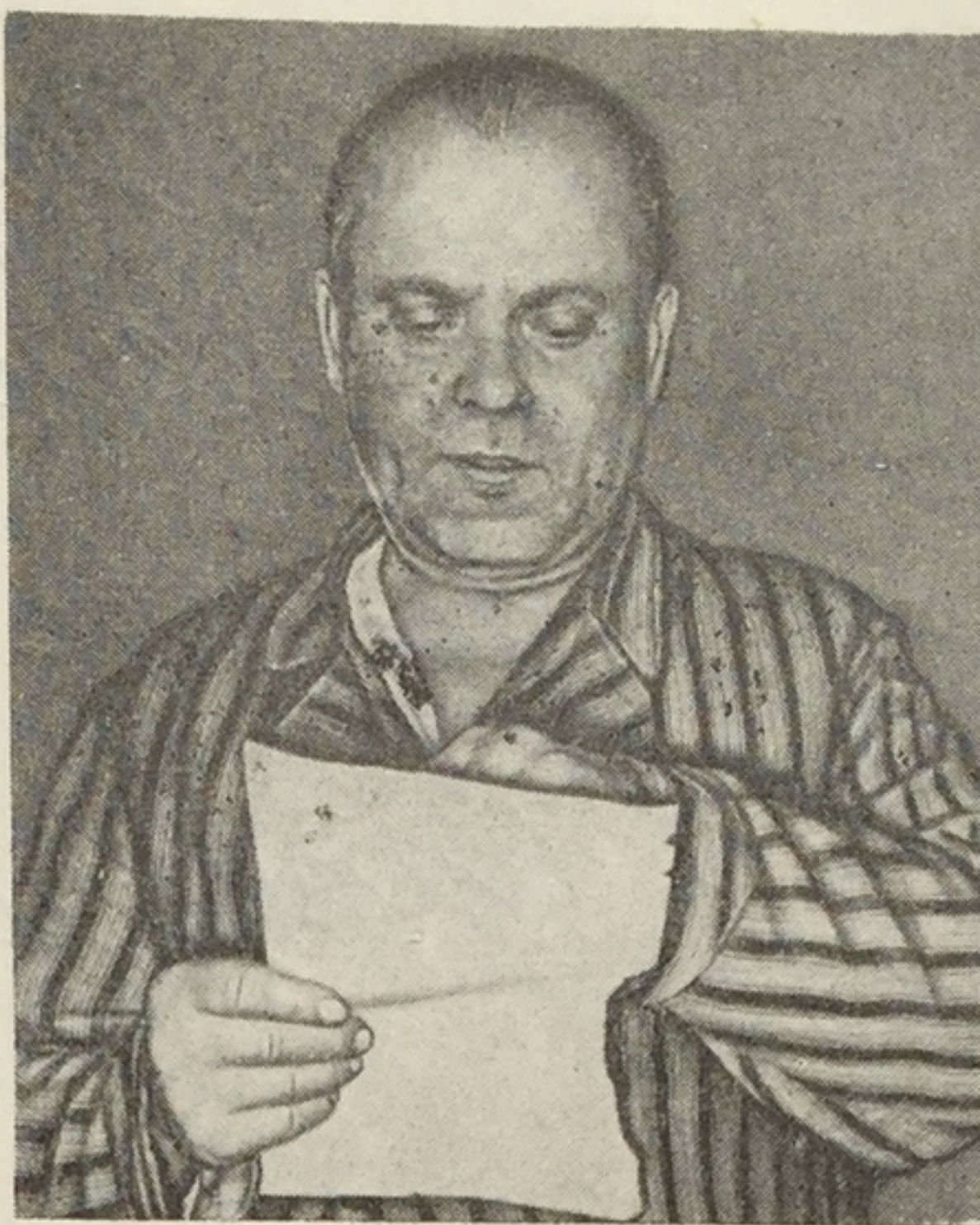
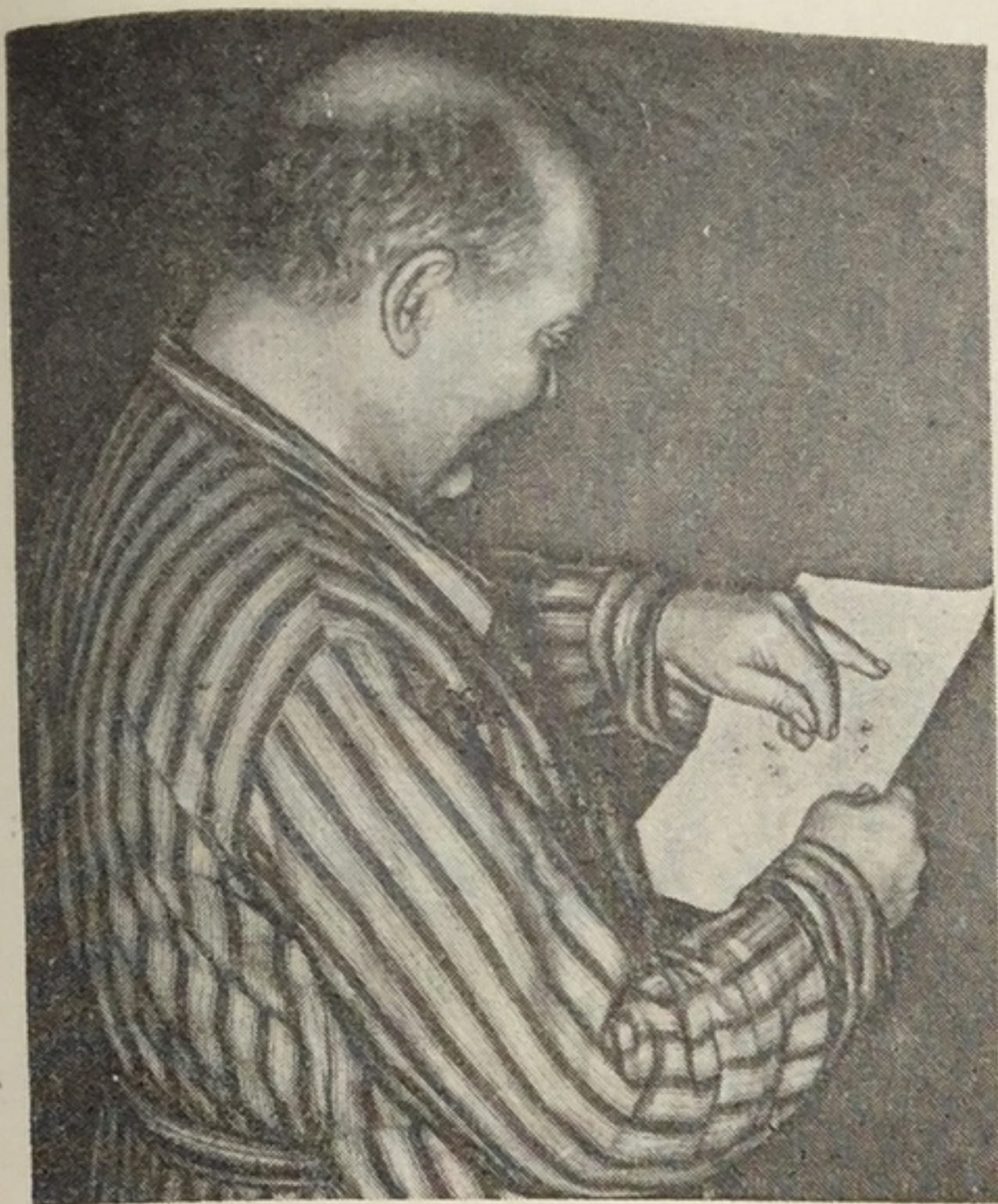


Рис. 365, 366. Алкогольный белогорячный делирий. Чтение по чистому листу бумаги (симптом Рейхардта).



Рис. 367. Тот же больной. Мнимый разговор по телефону — аппарат отключен рукой врача (симптом Ашаффенбурга).

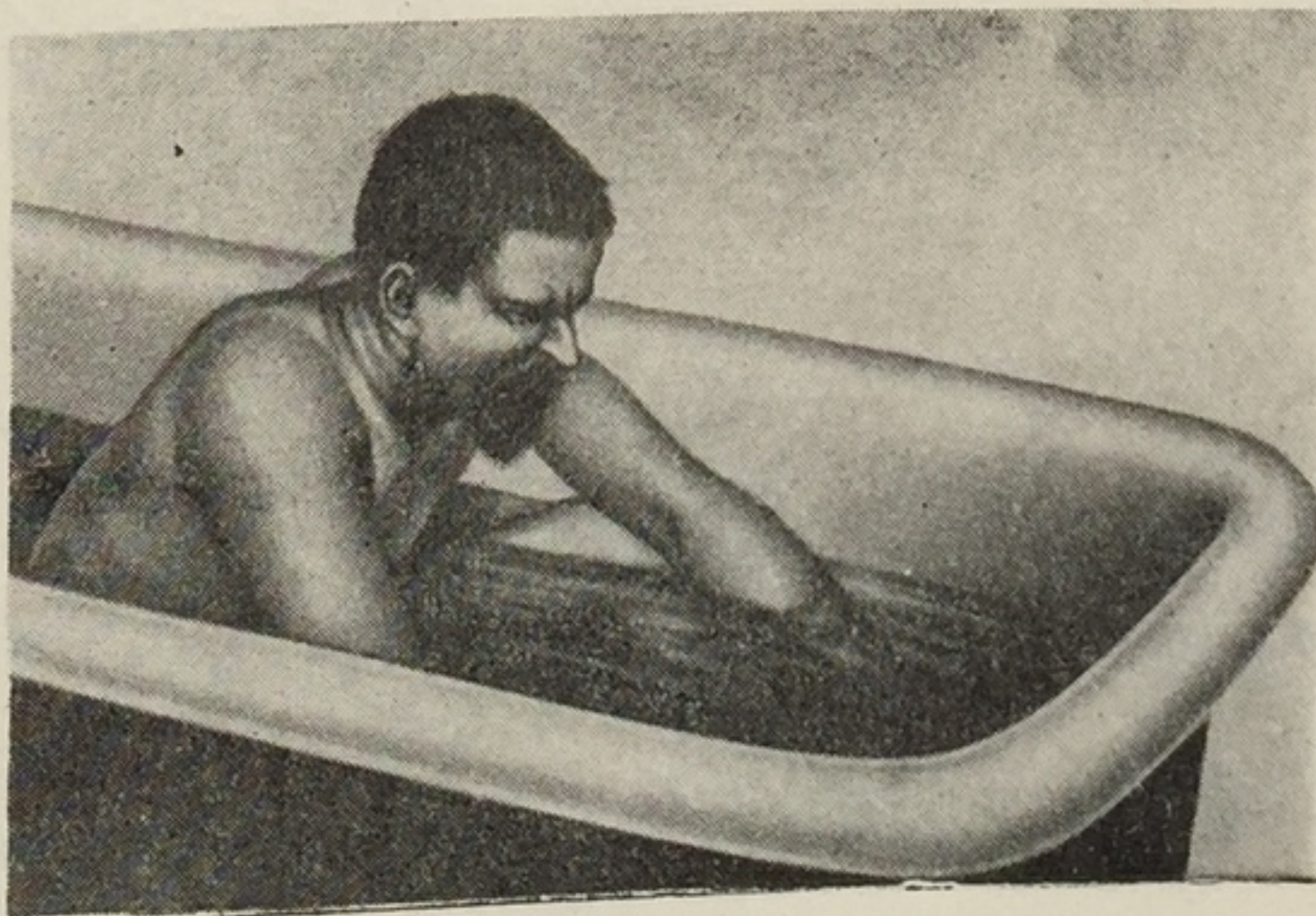


Рис. 368. Белогорячный алкогольный делирий. Больной в ванне, видящий рыб и стремящийся их поймать.



Я лечусь в Киевской  
Психоневрологической  
Больнице имени  
Академика Павлова

Рис. 369.

Я лечусь в Киевской  
Психоневрологической  
Больнице имени  
Академика Павлова

Рис. 370.

Я лечусь в Киевской  
Психоневрологической  
Больнице имени  
Академика Павлова

Рис. 371.

Я лечусь в Киевской  
Психоневрологической  
Больнице имени  
Академика Павлова.

Рис. 372.

Рис. 369—372. Образцы почерка двух белогорячных больных во время делирия (рис. 369, 371) и по окончании делириозного состояния (рис. 370, 372).



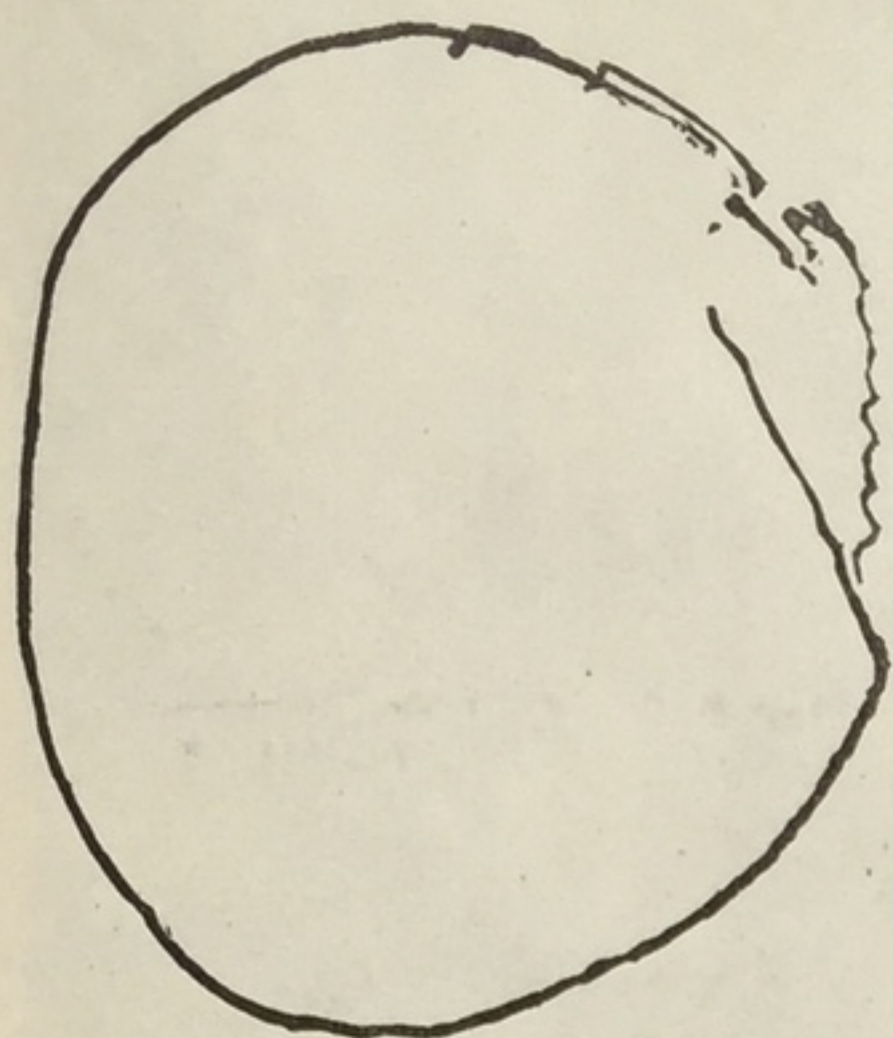


Рис. 373. Круг, очерченный больным во время алкогольного белогорячного делирия.

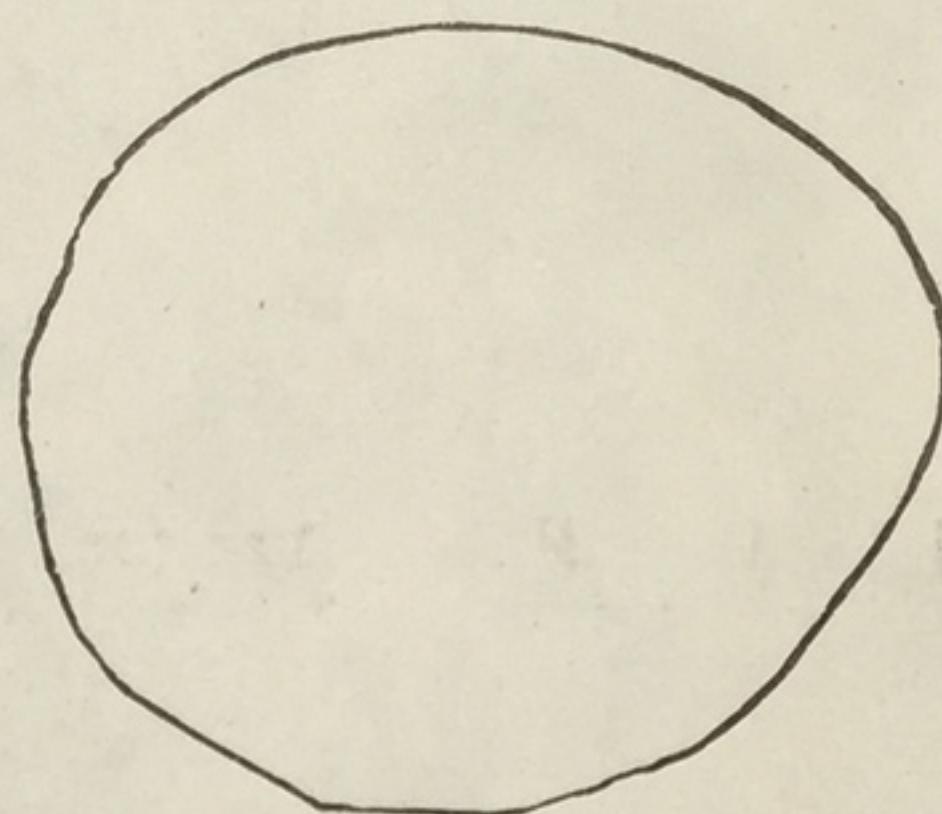


Рис. 374. Круг, очерченный тем же больным в конце алкогольного делирия — с заметным уменьшением дрожания пальцев рук.



Рис. 375. А. Кубин (A. Kubin). Делирант. Рисунок пером. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике. 1958.

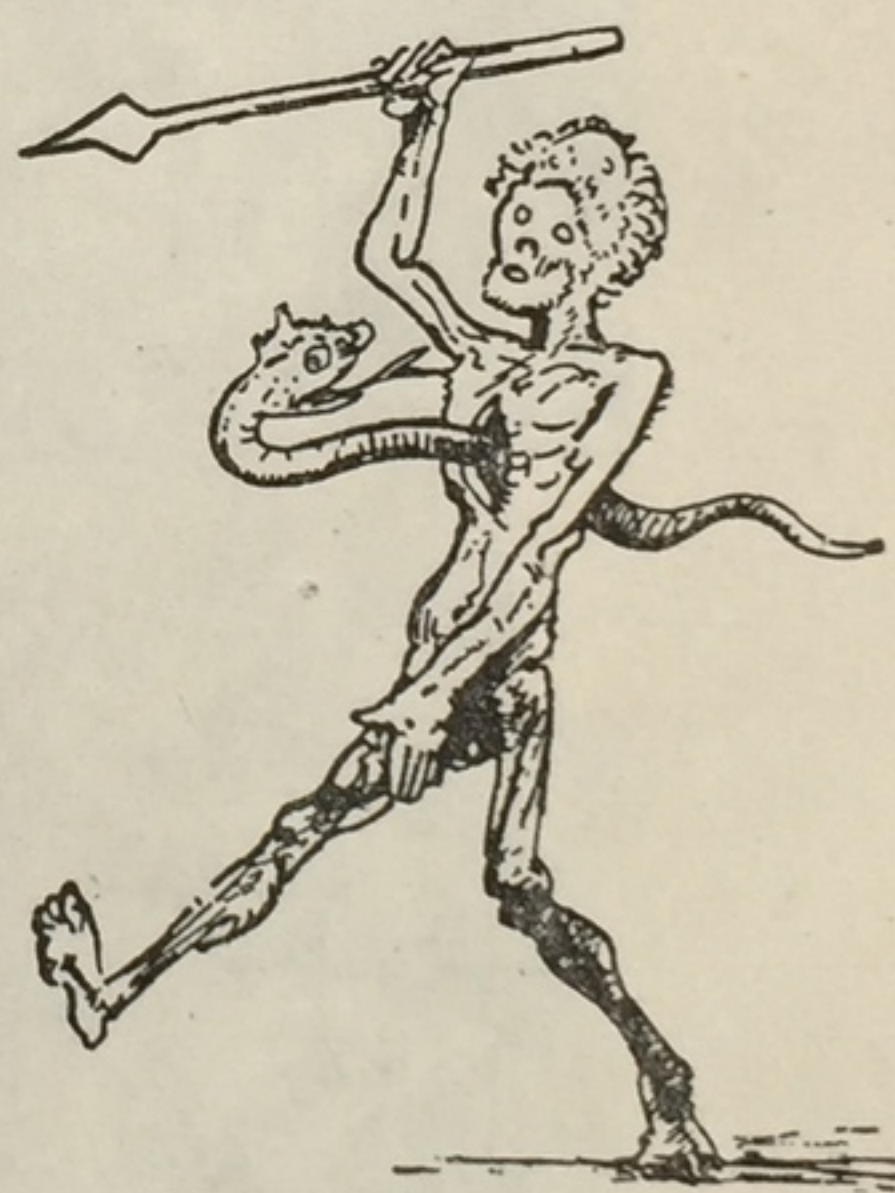


Рис. 376. А. Кубин (A. Kubin). Зрительные галлюцинации у белогорячного делиранта. Рисунок пером. Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике. 1958.



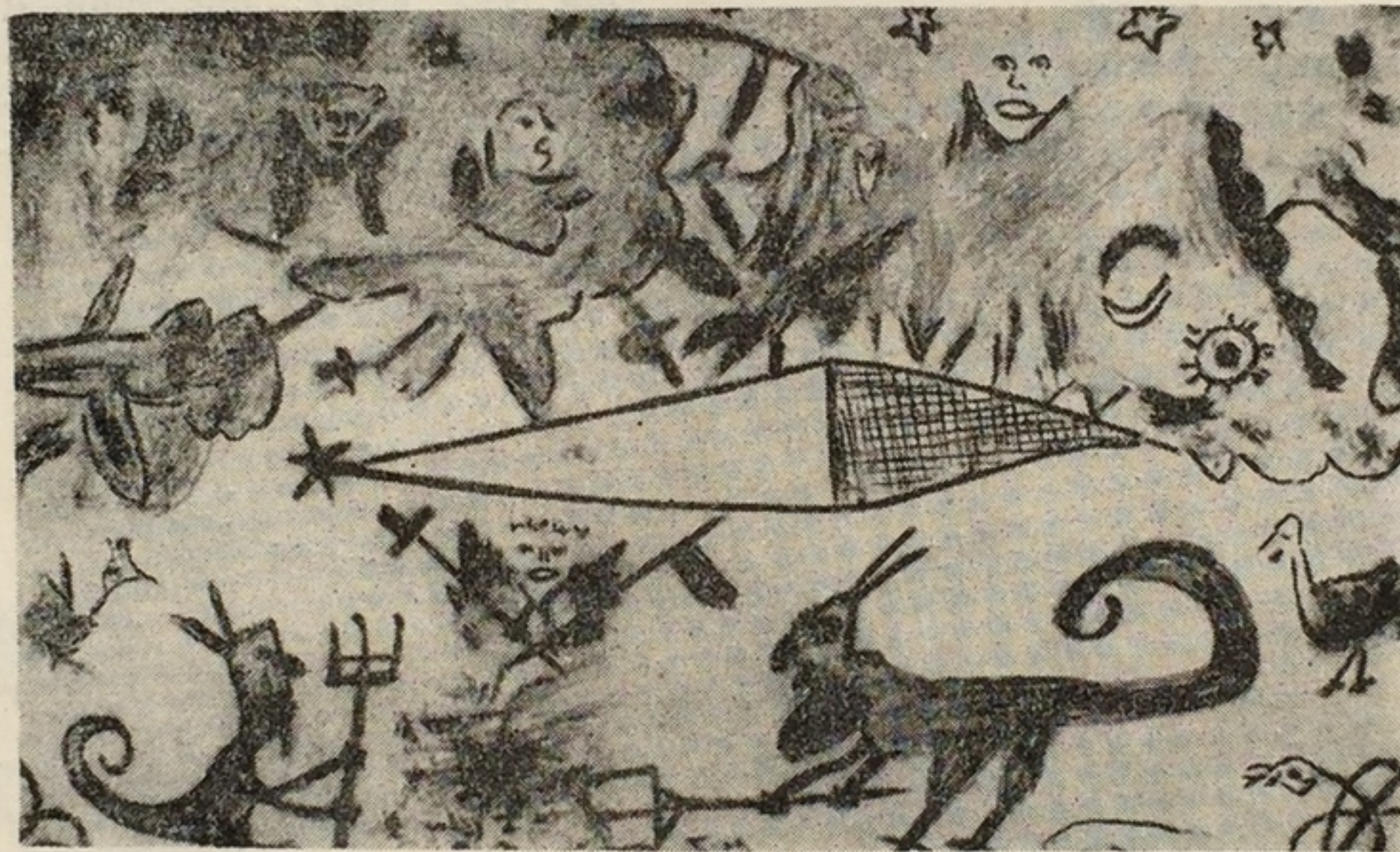


Рис. 377—379. Рисунки больных, изображающие зрительные галлюцинации при белогорячном, алкогольном делирии.  
И. Якоб (Jrene Jakob). Рисунки душевнобольных, 1956.



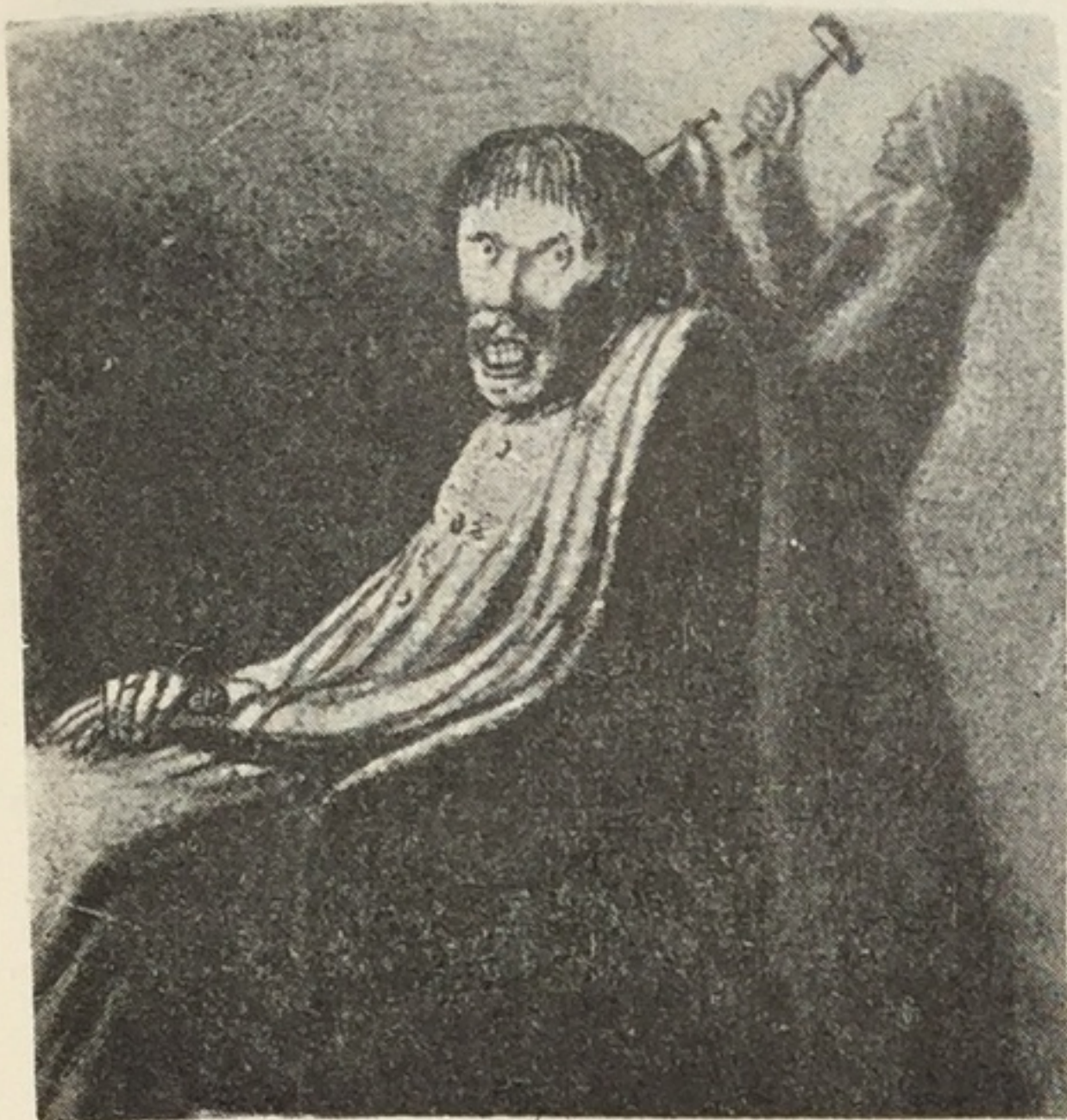


Рис. 380. А. Кубин (A. Kubin). Зрительные галлюцинации у белогорячего делиранта.



Рис. 381. К. Гофер (Karl Hofer). Пьяница. 1943.

Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике. 1958.

Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике. 1958.

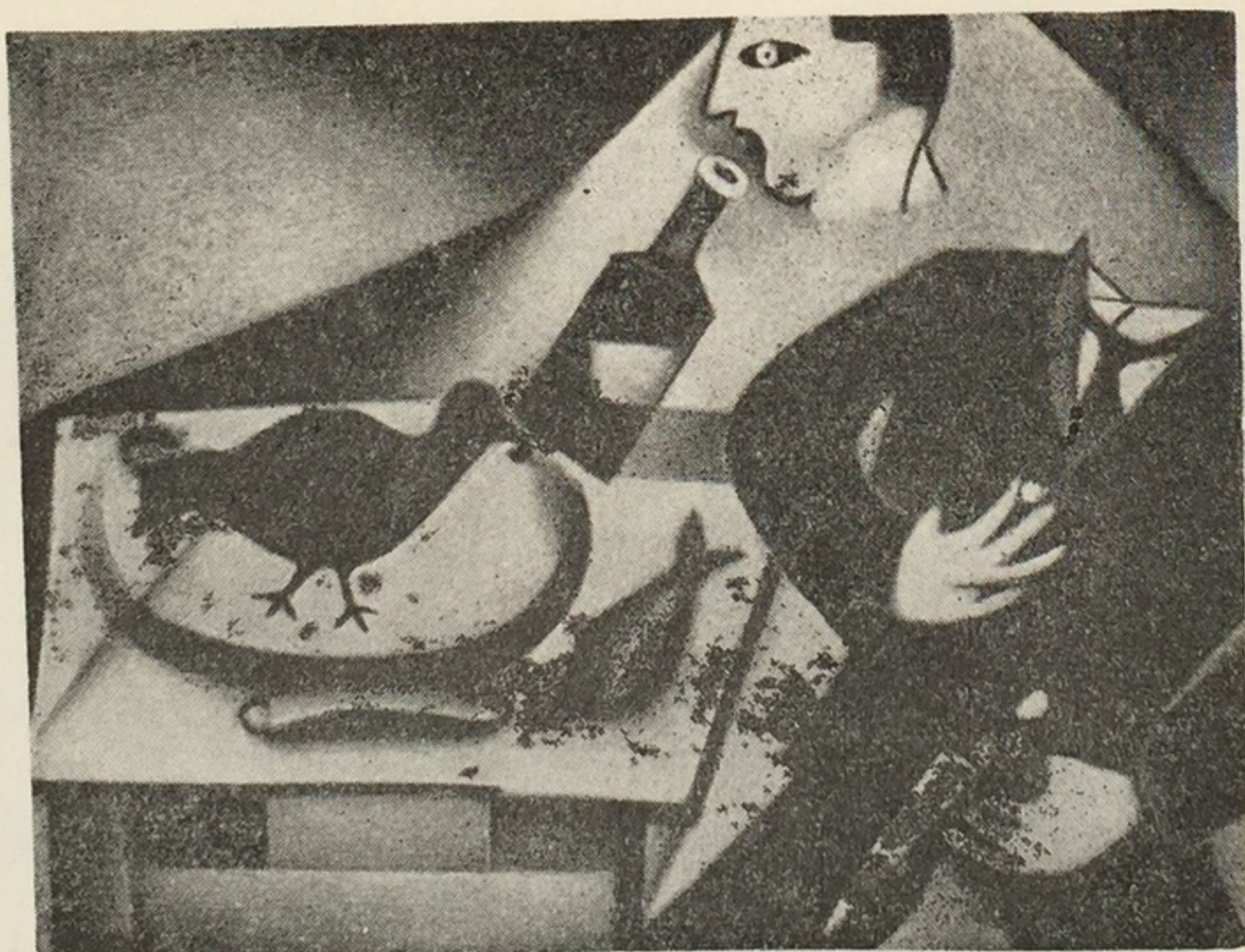


Рис. 382. М. Шагал (Marc Chagal). Пьяница.

Р. Лемке (R. Lemke). Психиатрические темы в живописи и графике. 1958.





Рис. 383. Устрашающие галлюцинации в начале алкогольного делирия.  
Сцены из белогорячного делирия, изображенные больным, художником-декоратором,  
по выздоровлении (рис. 383—388). О. Бумке (Oswald Bumke), Руководство по психиатрии,  
т. I, часть I, 1928 Б., В. Майер-Гросс (W. Mayer-Grass). Патология восприятия.



Рис. 384. Сцена в подzemелье, отрезаются конечности.





Рис. 385. Больной привезен к месту казни. Он слышит стоны и вопли казнимых.



Рис. 386. Появление черта с крыльями, составленными из ящиков с картинами.



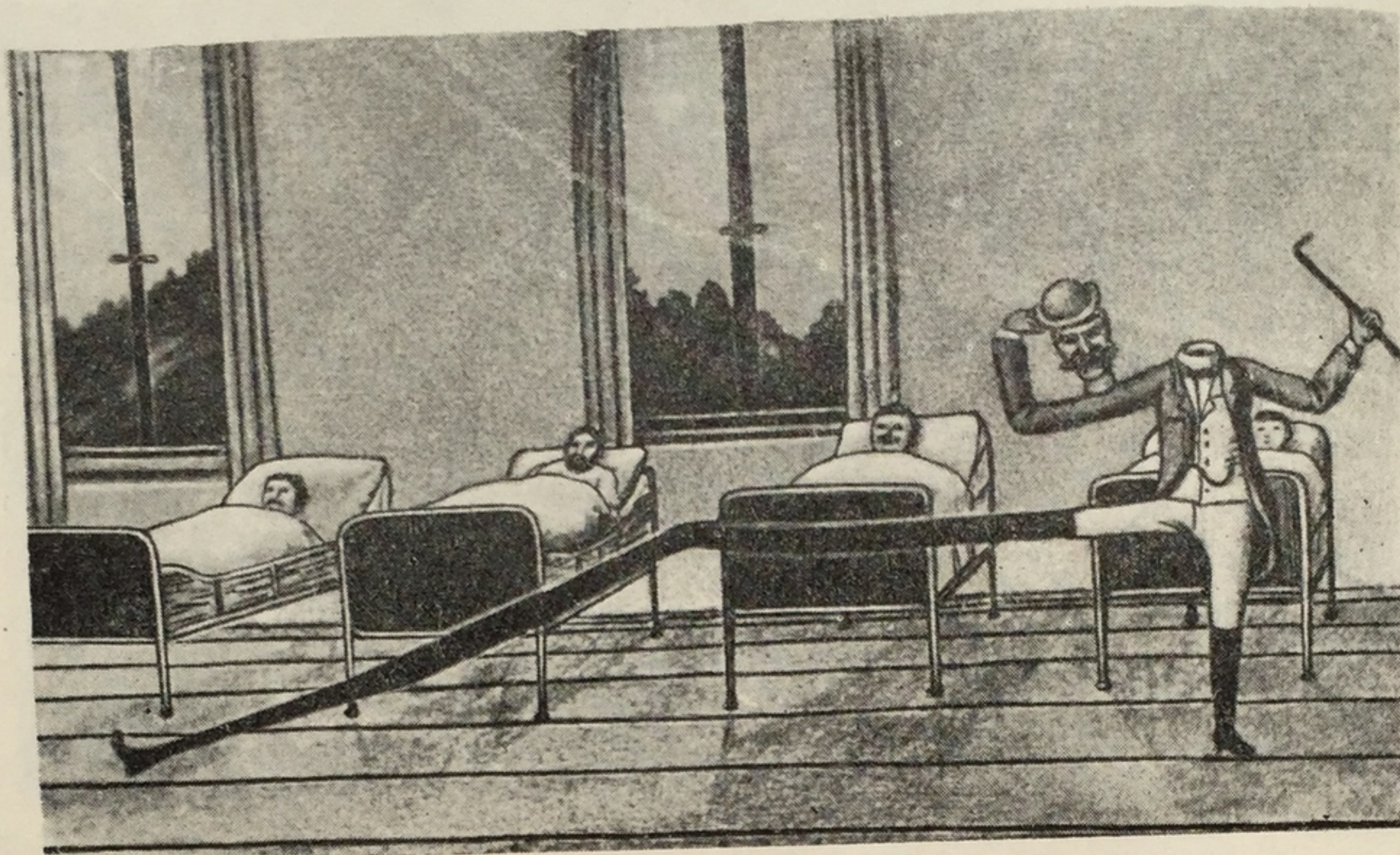


Рис. 387. Образ чѣрта, явившегося с визитом в палату.

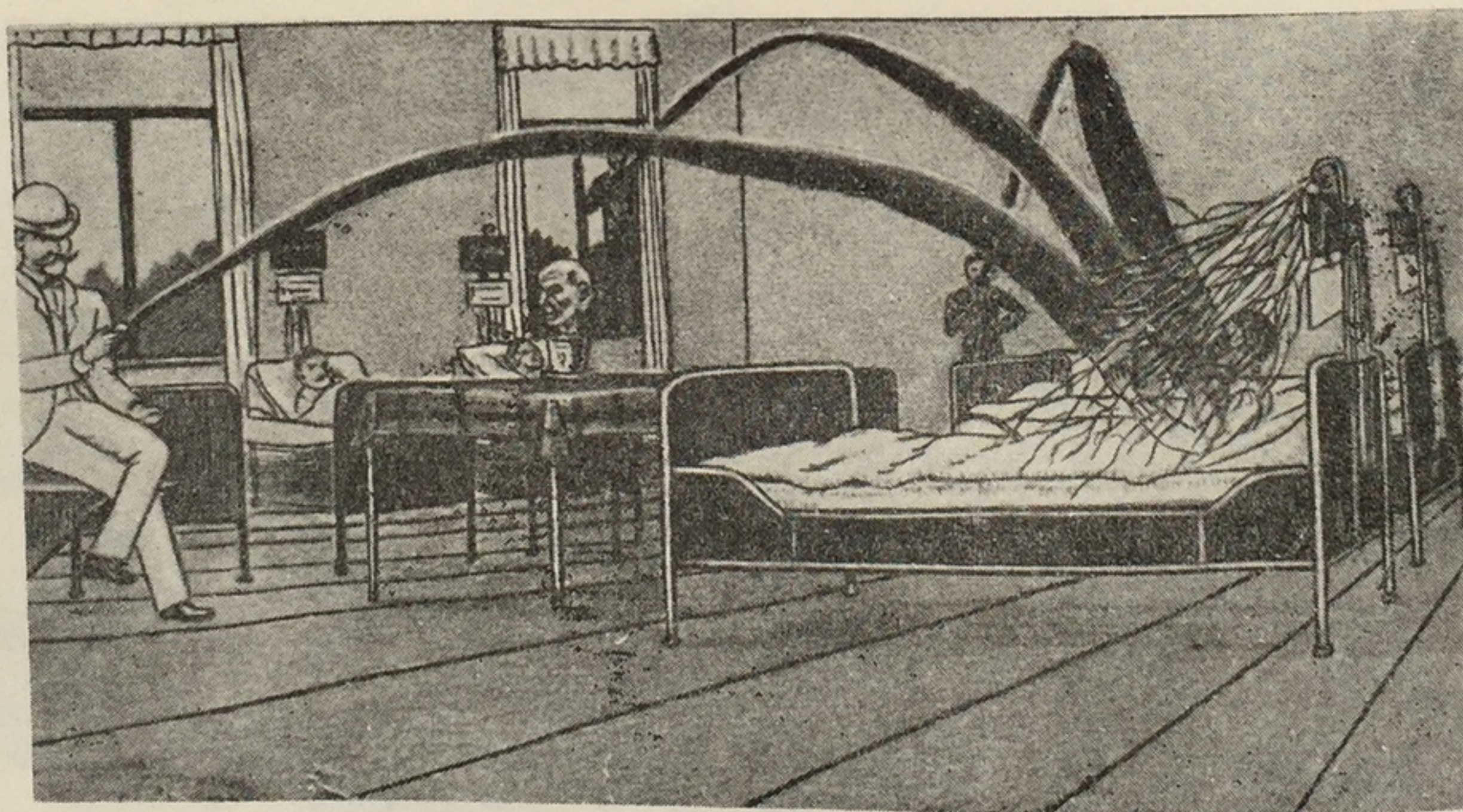


Рис. 388. Дьявол выстрелил в больного лучами, распространяется неприятный запах.





Рис. 389. Изображение иллюзорно-галлюцинаторных картин. Г. Принцгорн (H. Prinzhorn), Рисунки душевнобольных.

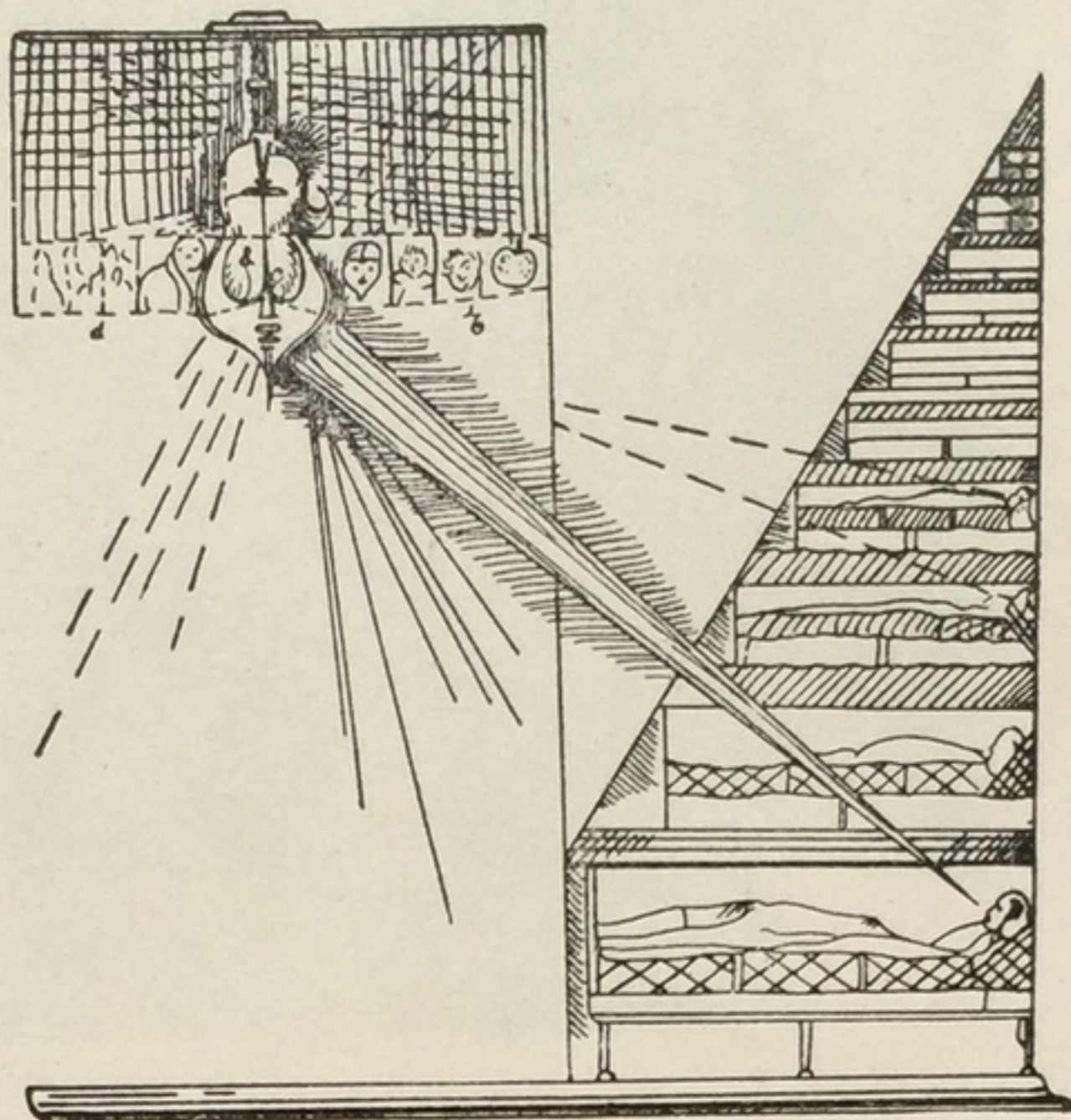


Рис. 390. Полиопические галлюцинации. Иллюзорные «теневые» образы, располагающиеся вокруг лампы. Собрание картин психиатрической клиники в Гейдельберге. Там же.



Рис. 391. Курильщик опиума. Марьяно Фортунни (M. Fortuny) (1838—1874). Государственный Эрмитаж.



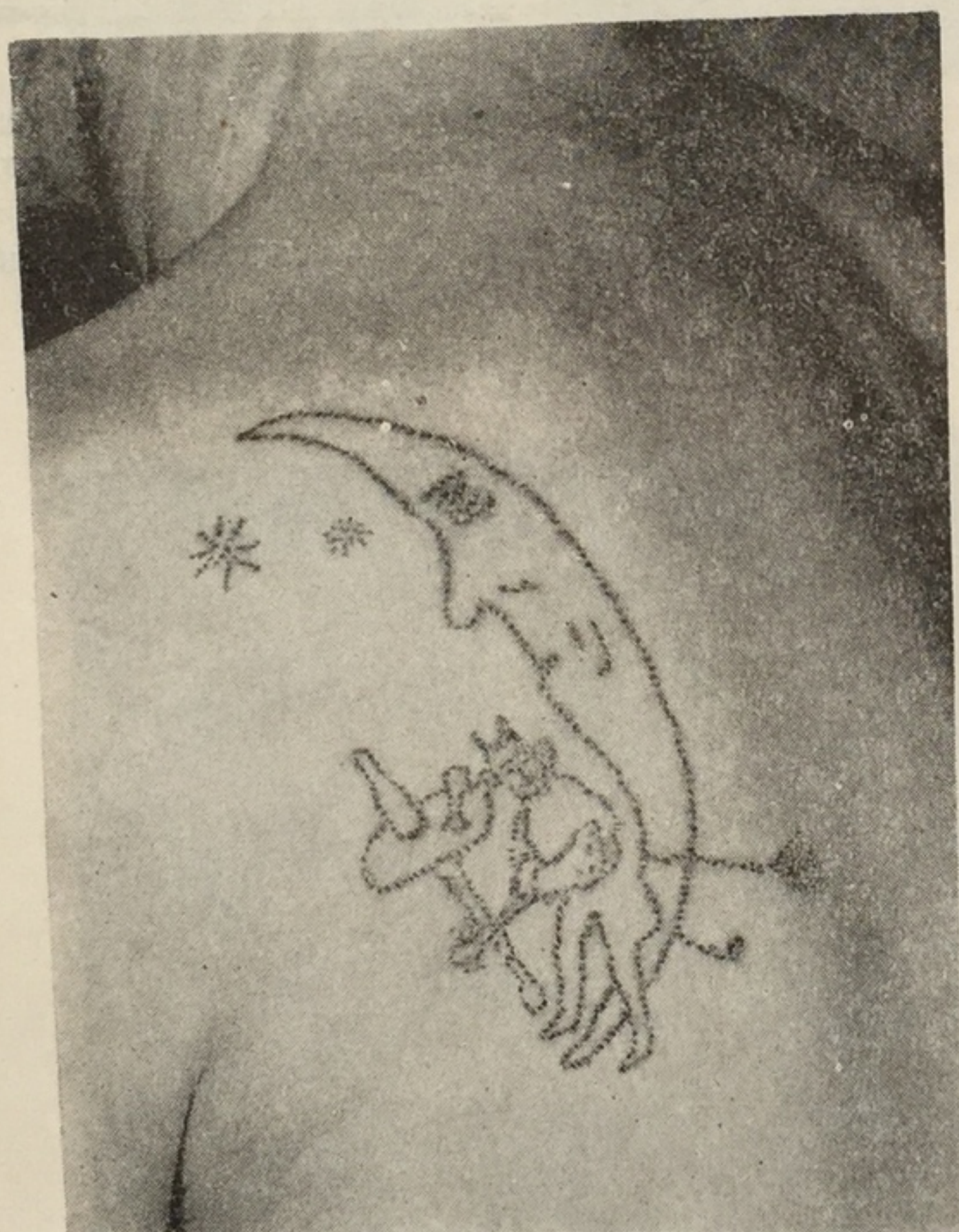


Рис. 392—395. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.





Рис. 396—397. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.



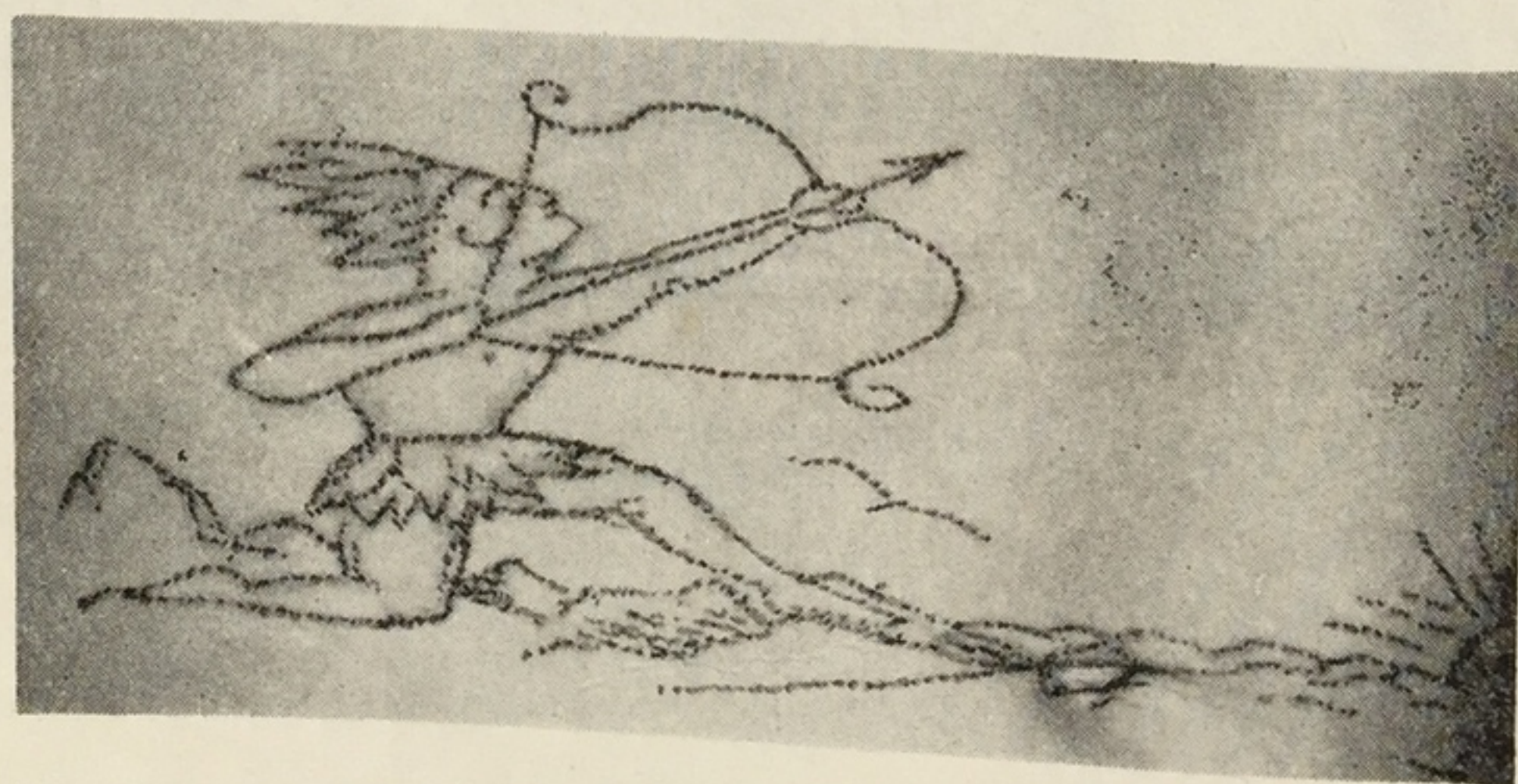
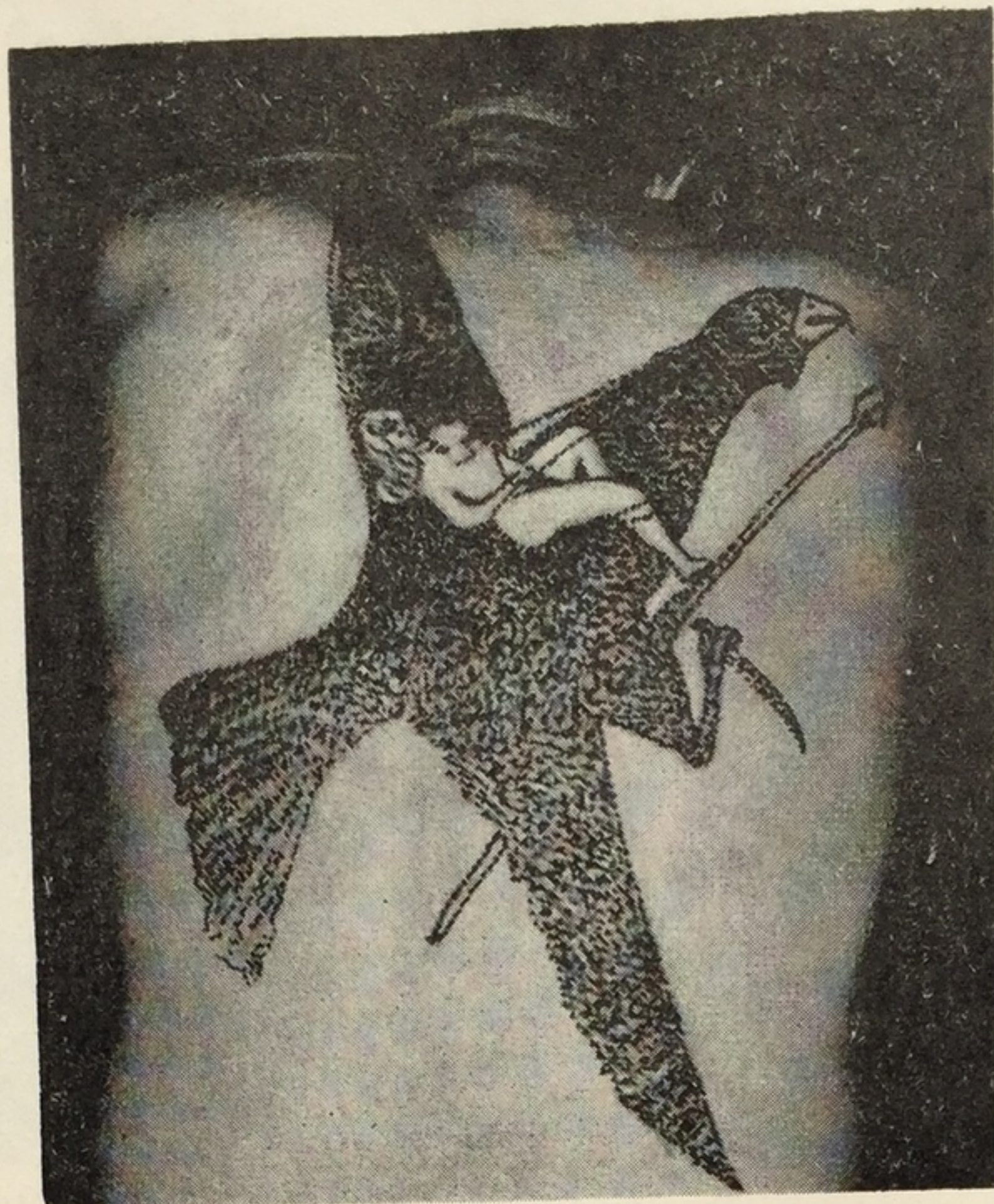


Рис. 398—400. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.



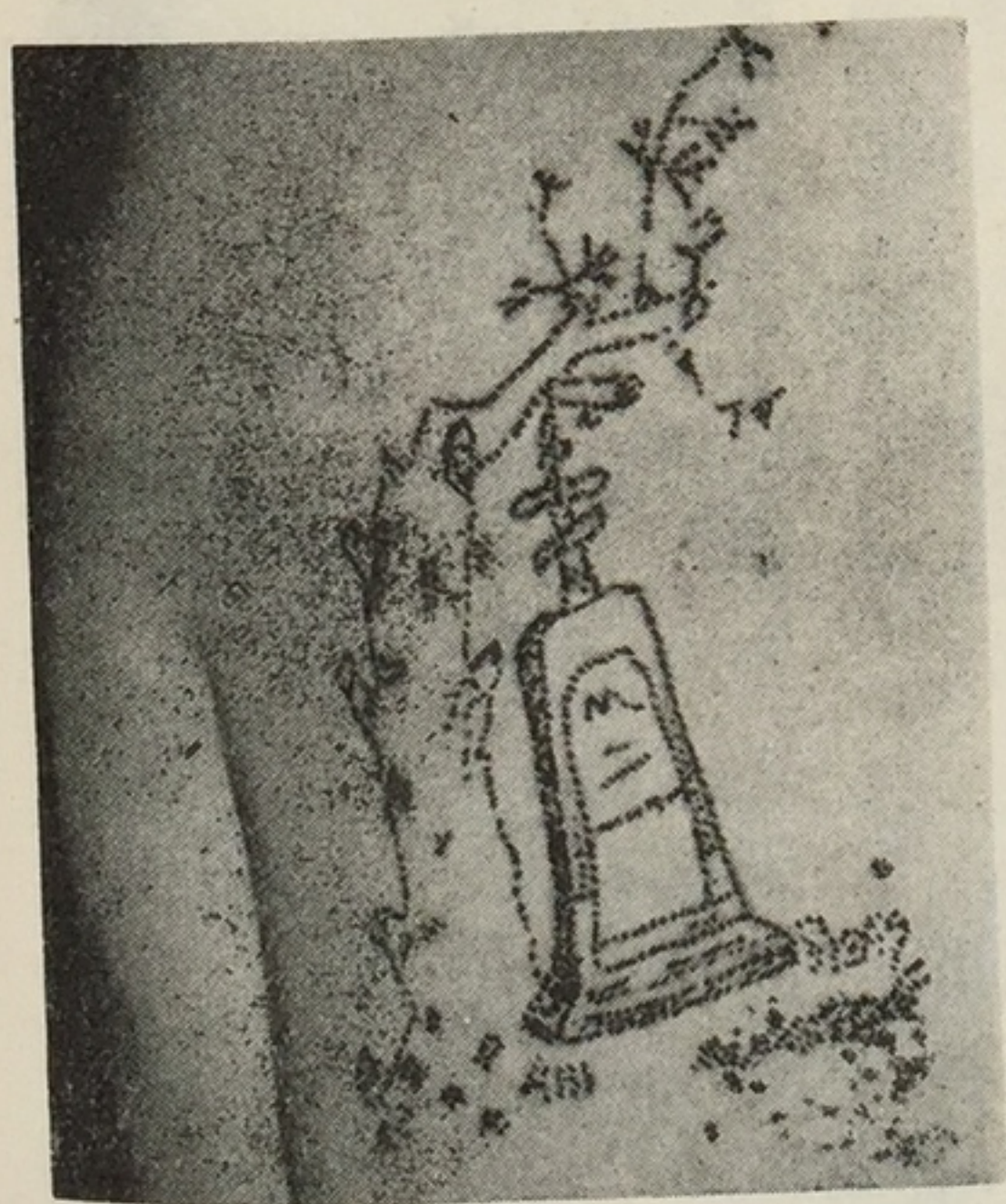
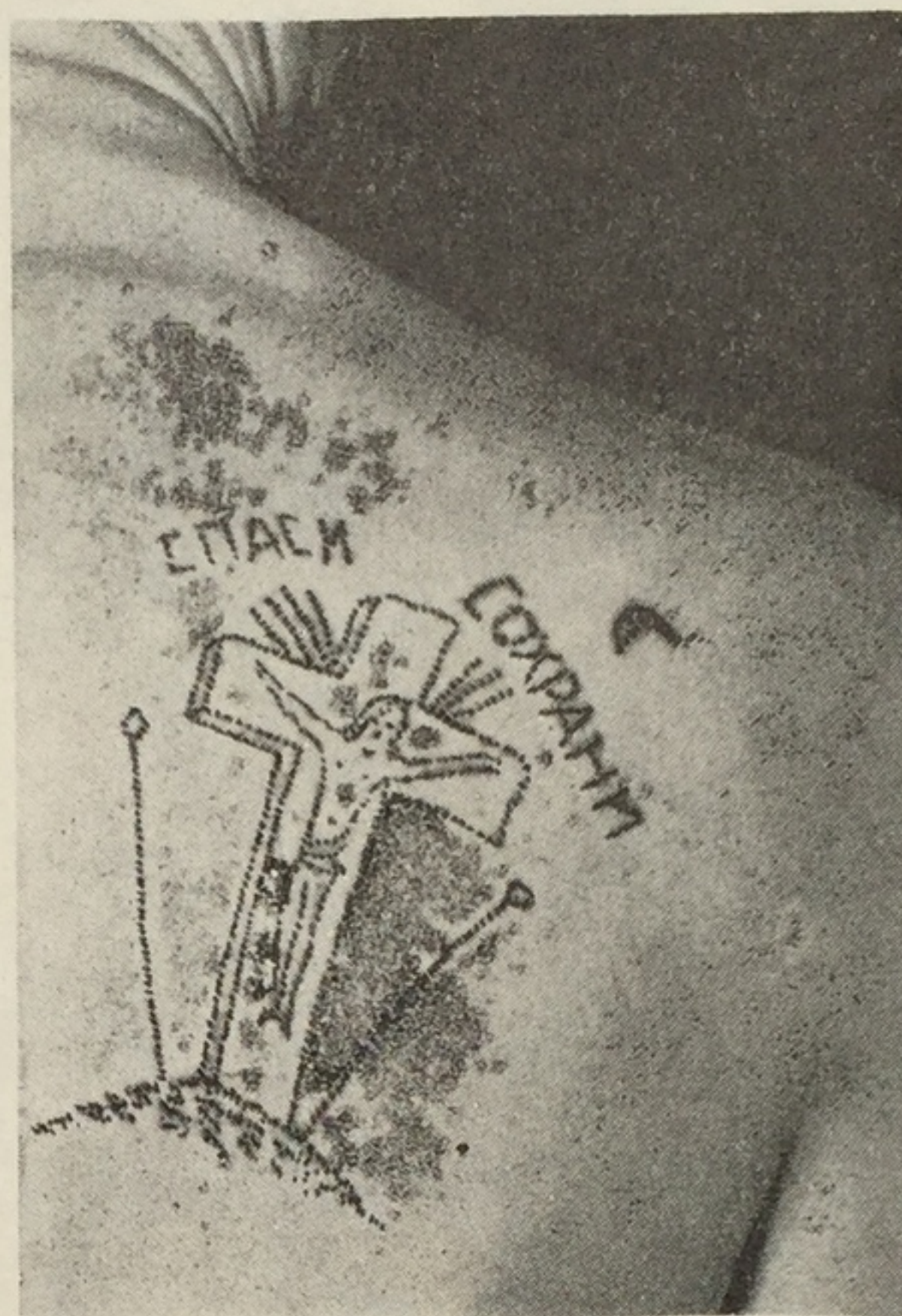


Рис 401—404. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.



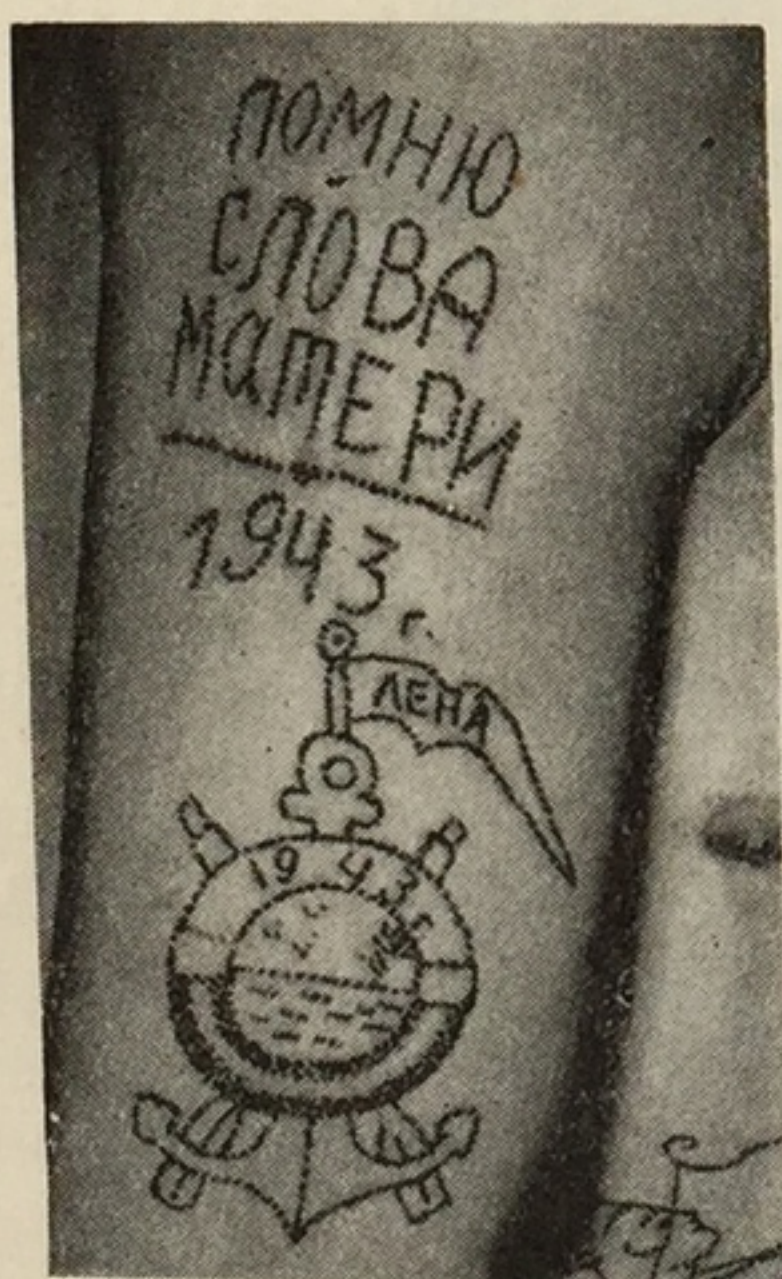
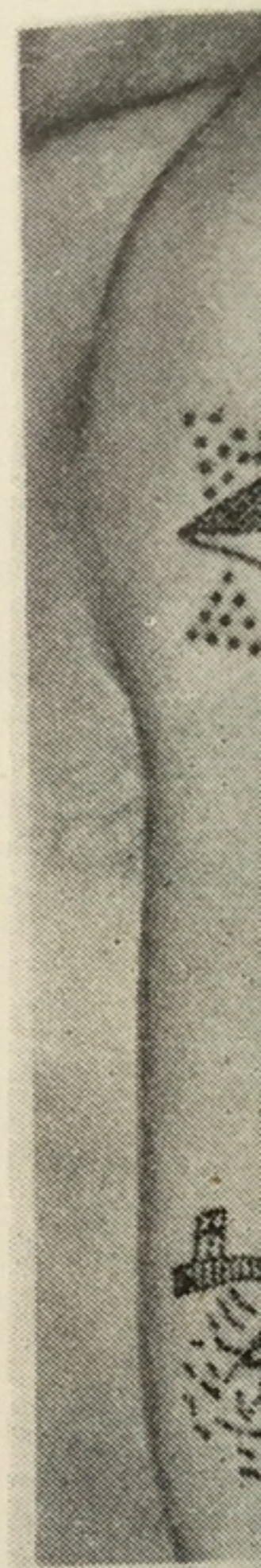


Рис. 405—409. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.





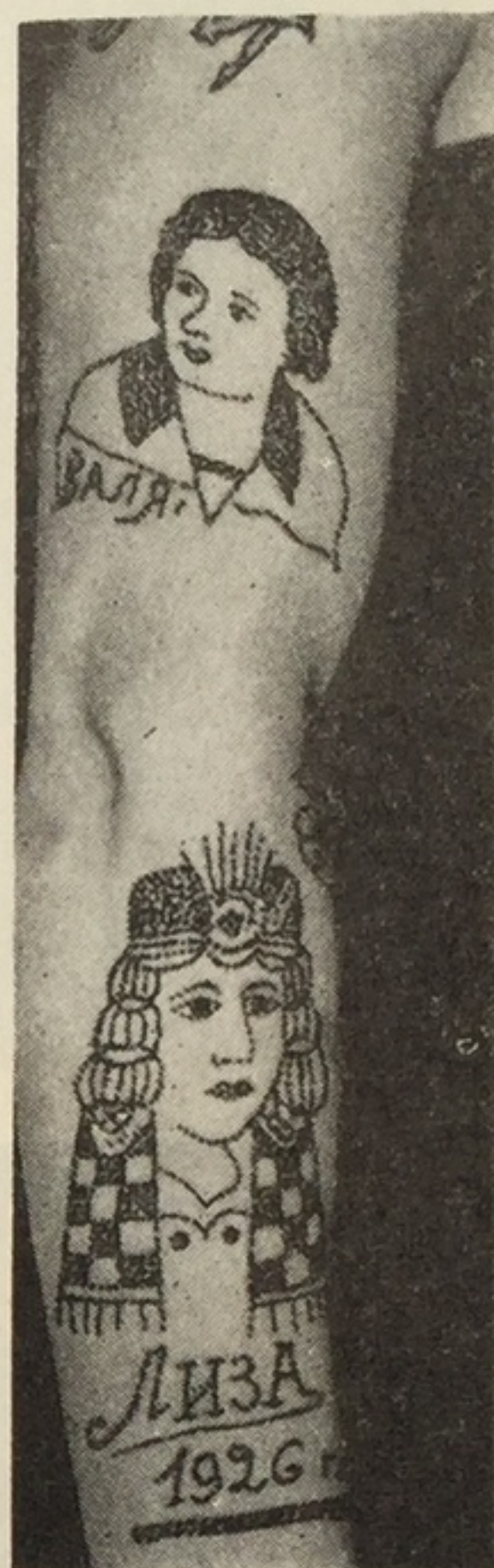


Рис. 410—413. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.





Рис. 414—416. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.



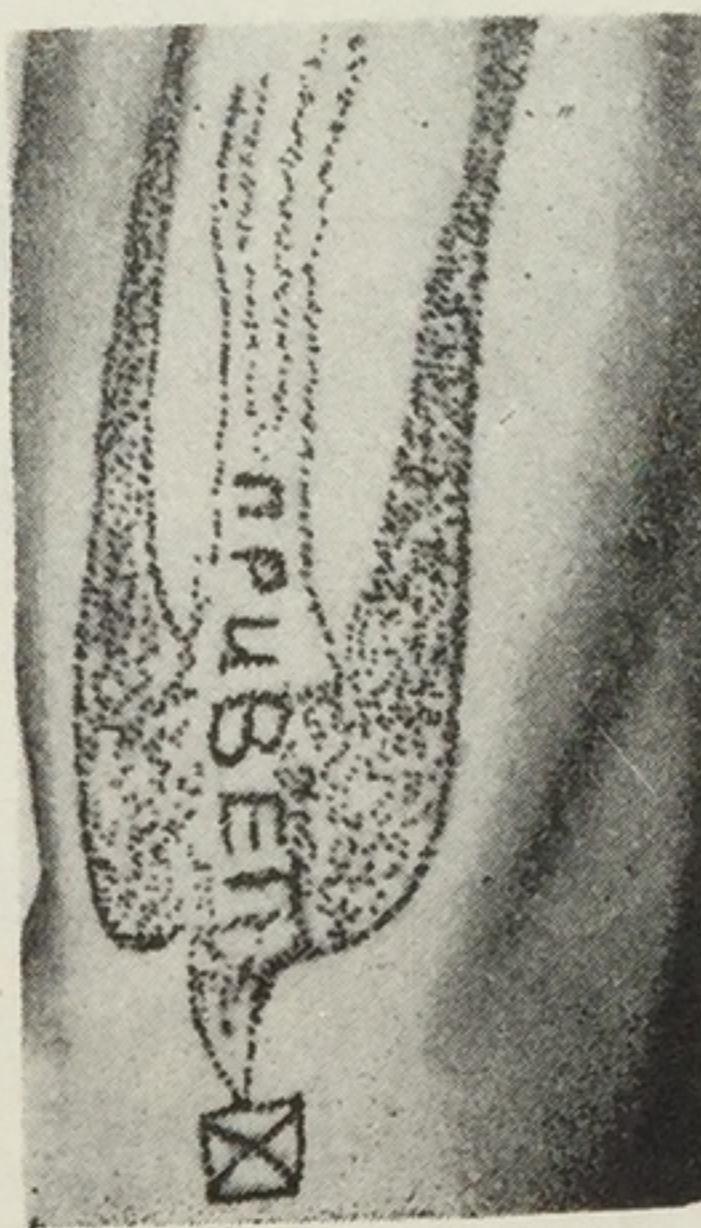


Рис. 417—421. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.



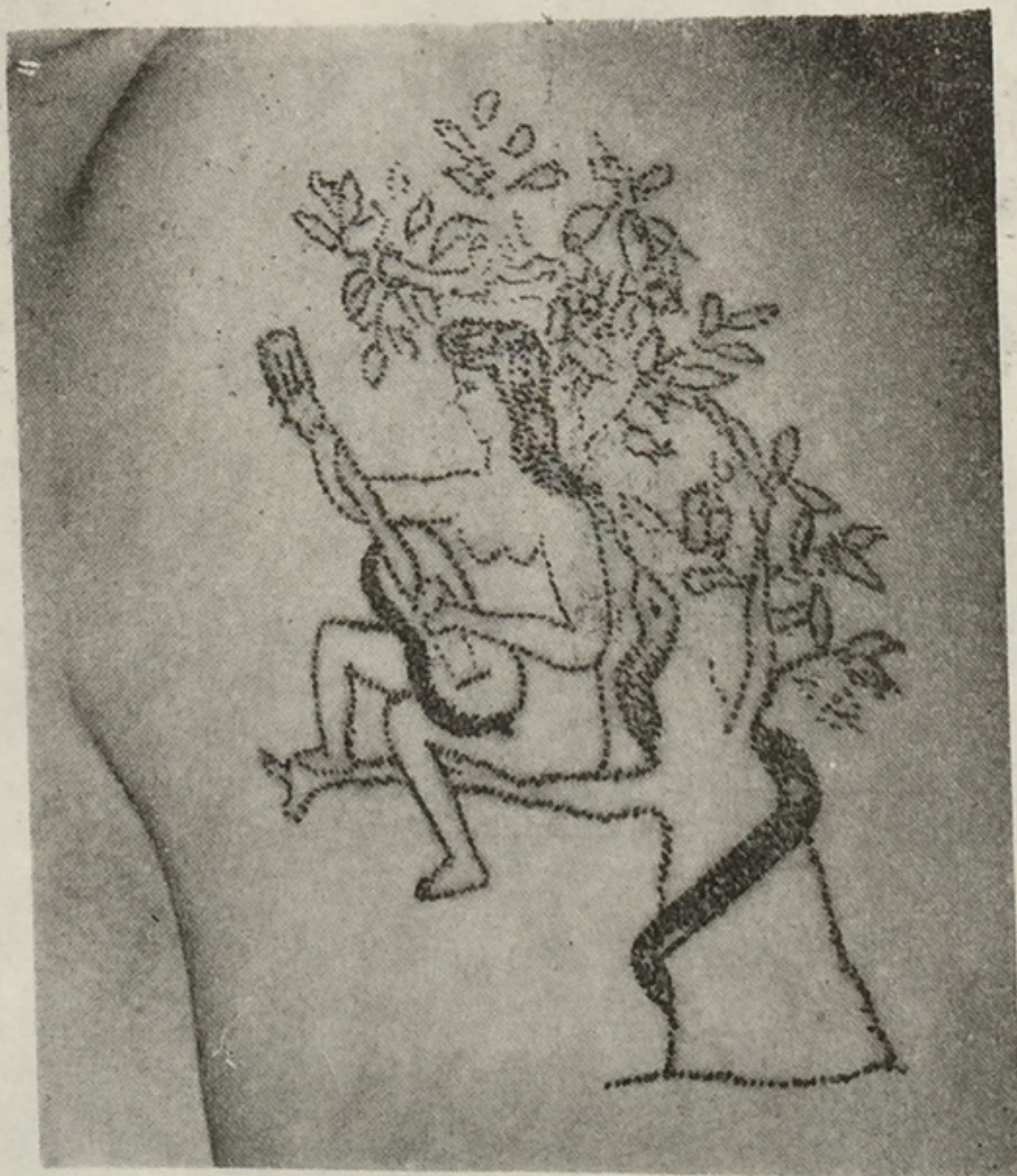
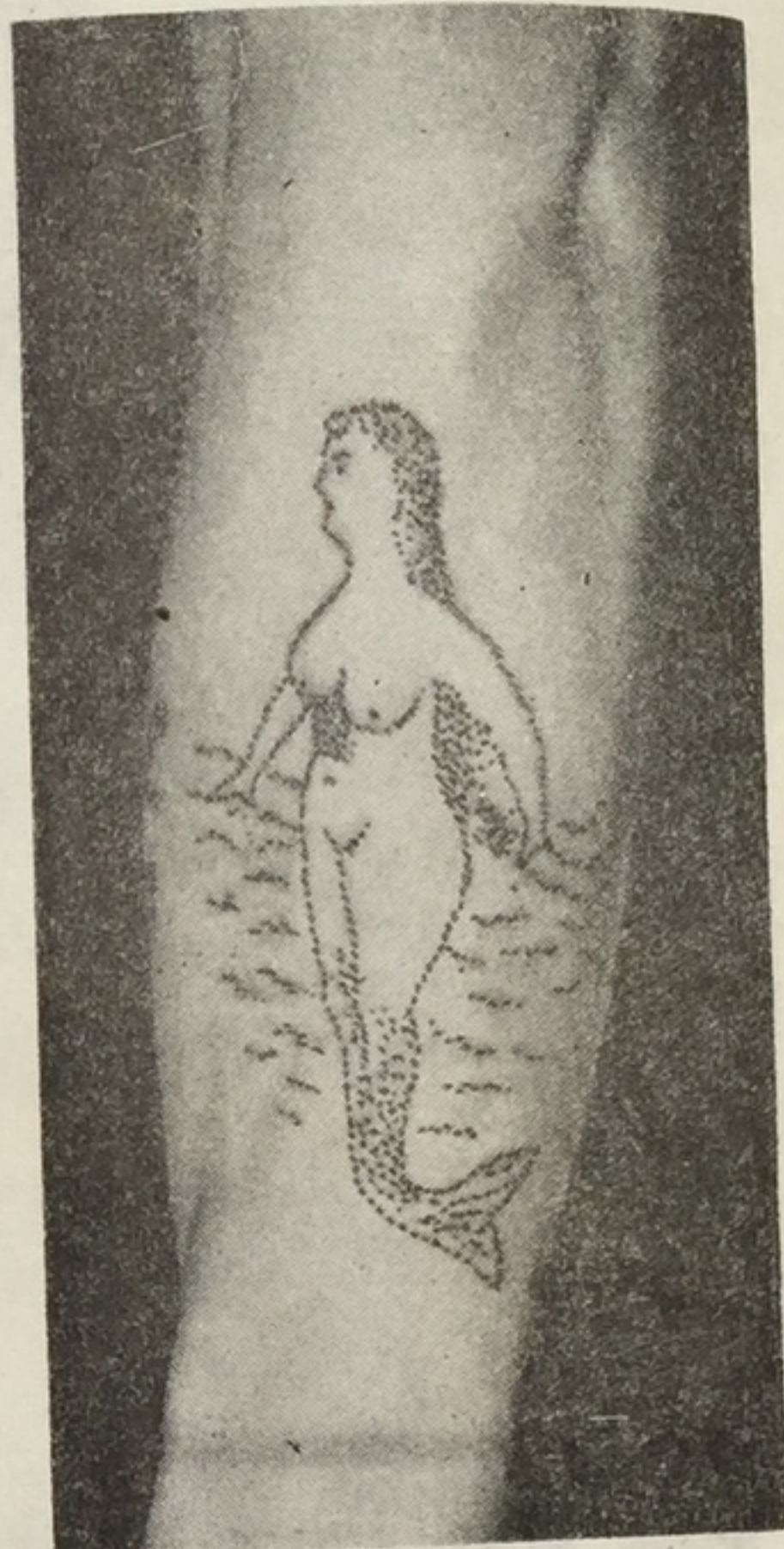


Рис. 422—424. Типы татуировок у хронических алкоголиков с «криминальным» анамнезом.

Рис. 425. Хронические реакции на кожные, поверхности

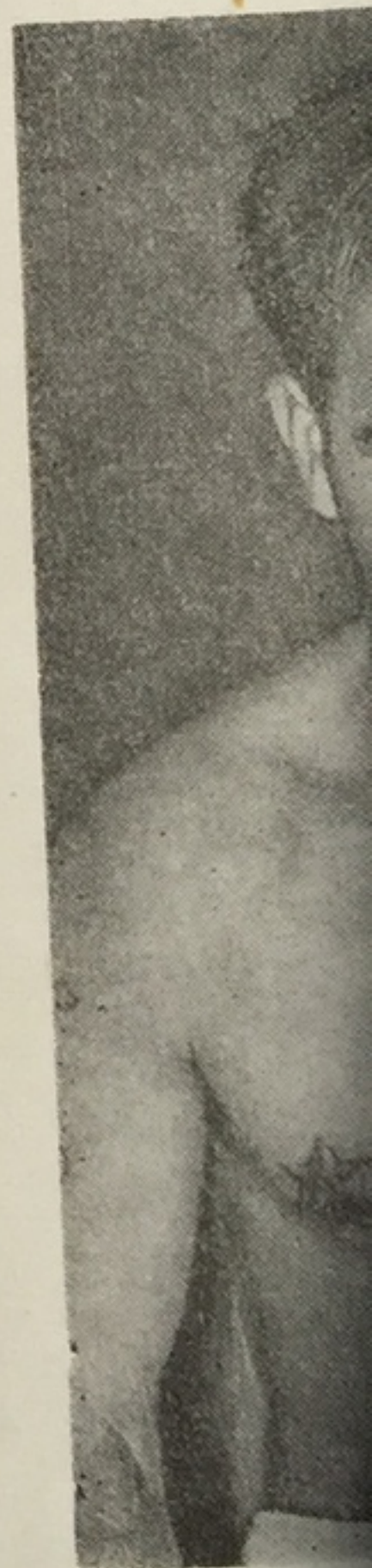




Рис. 425. Хронический алкоголизм. Истерические реакции. Самоповреждения — кожные, поверхностные, ножевые порезы.

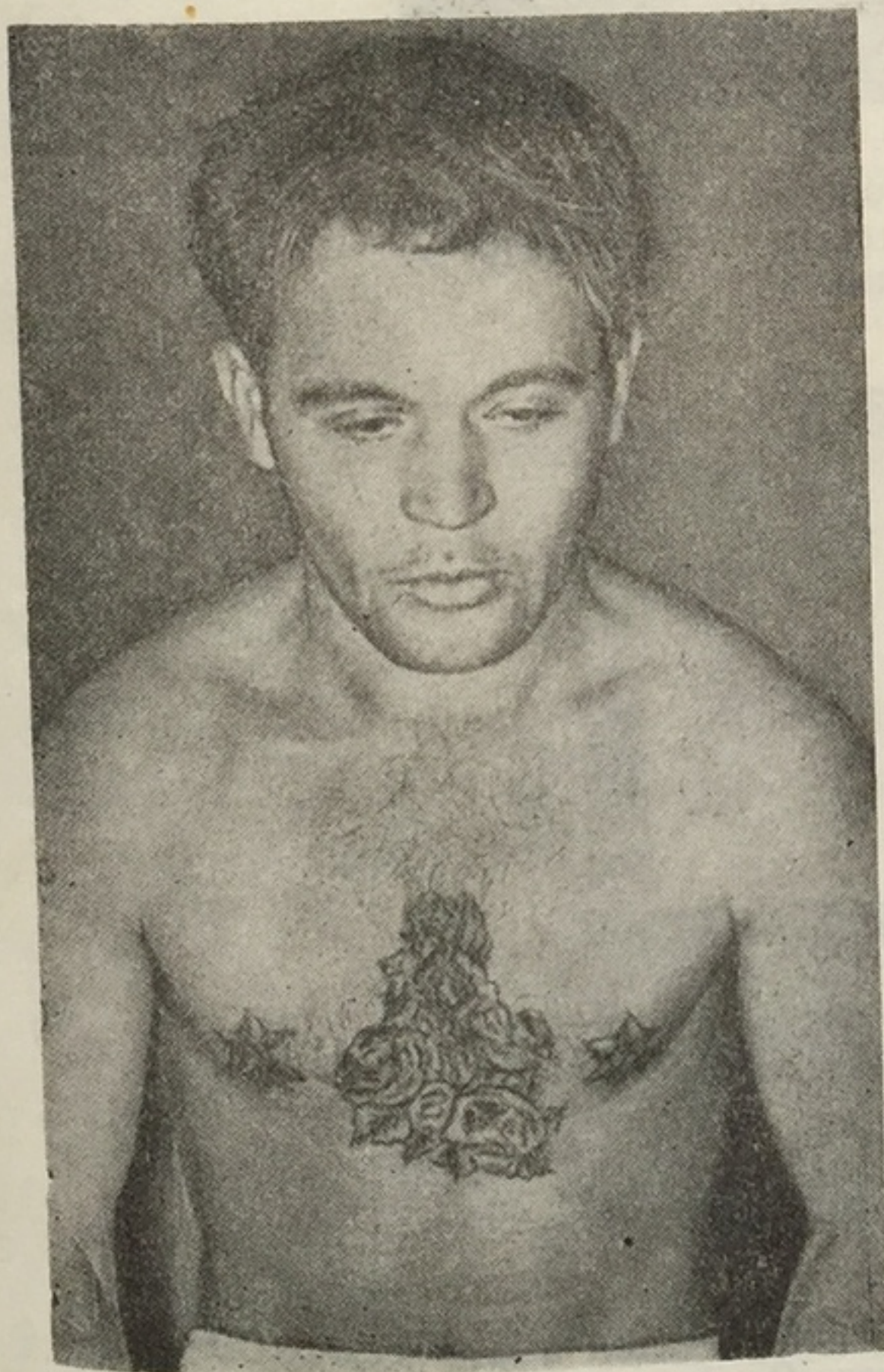
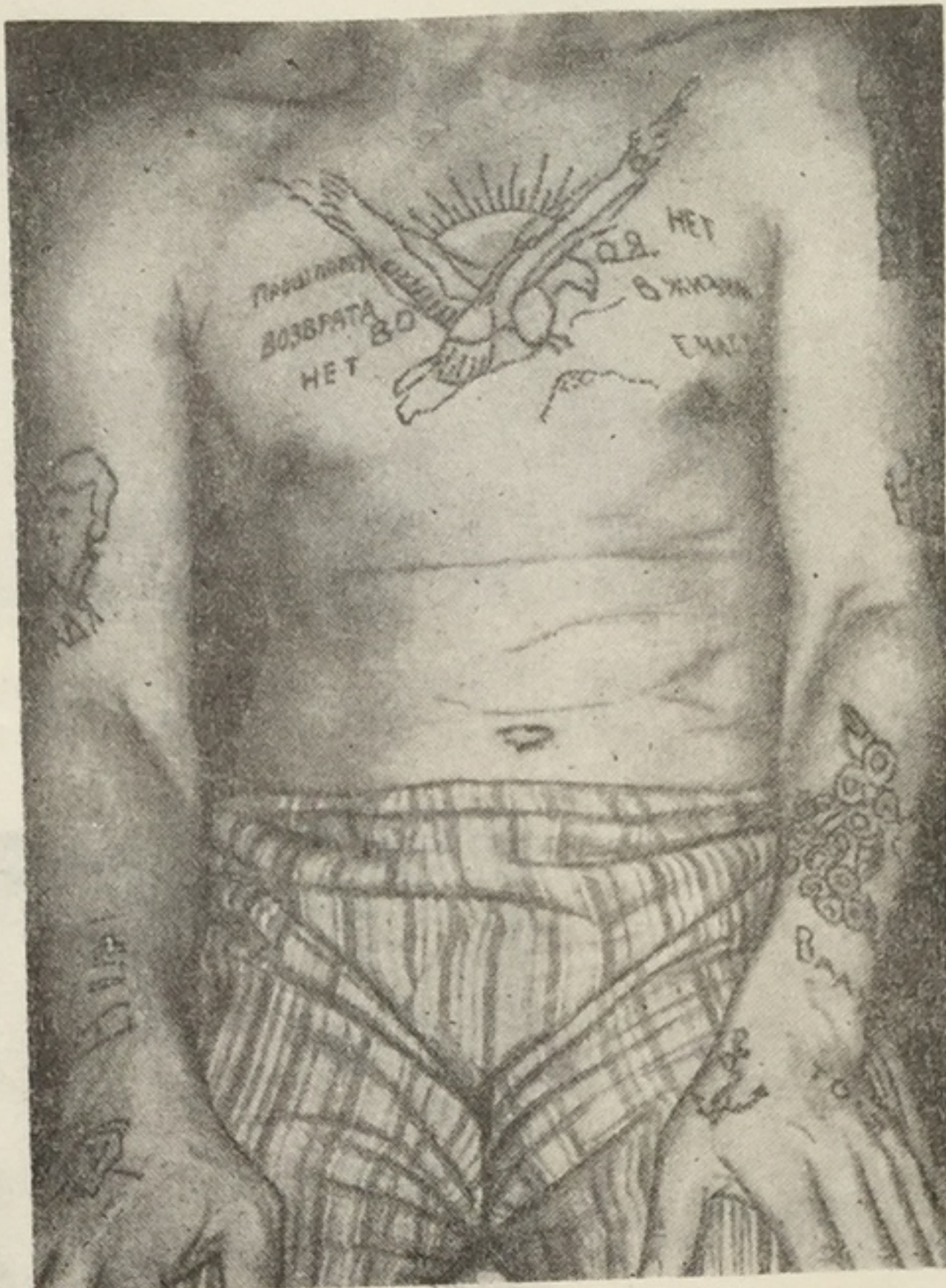


Рис. 426. Травматическая церебропатия. Истерические реакции. Самоповреждения — кожные поверхностные порезы.



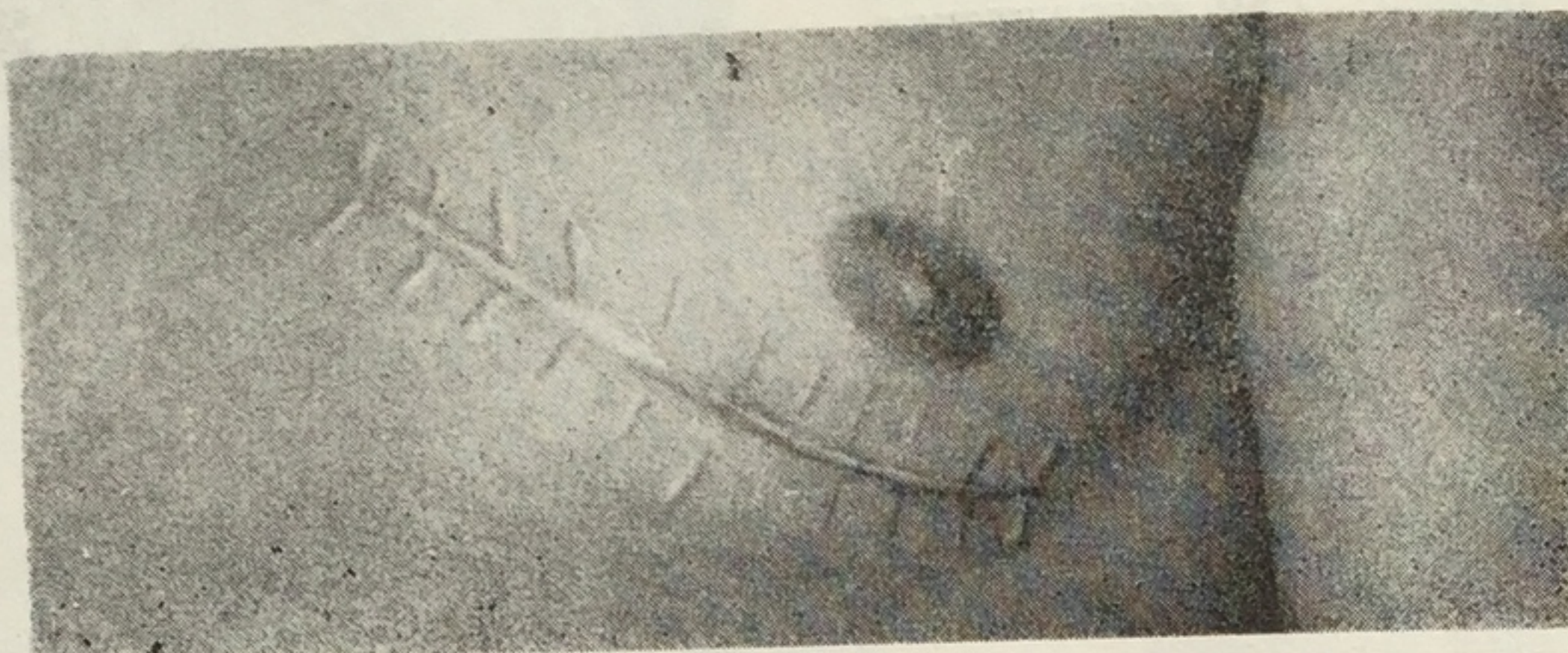


Рис. 427. Наркомания. Истерические реакции. Суицидальная попытка — ножевое кожное ранение в области левого соска.

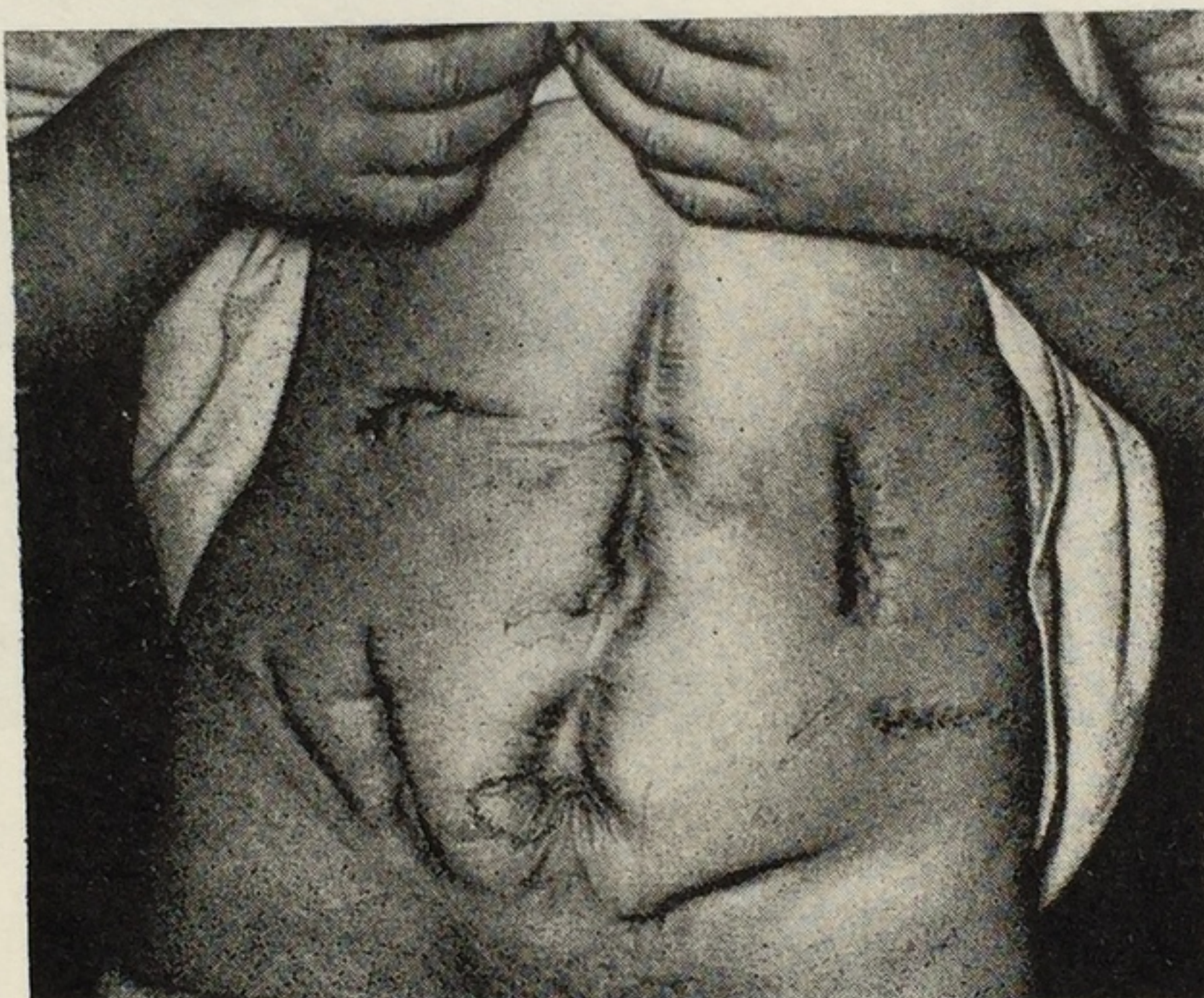


Рис. 428. Истероидная психопатия. Заглатывание инородных тел. Следы оперативных вмешательств по поводу их извлечения.

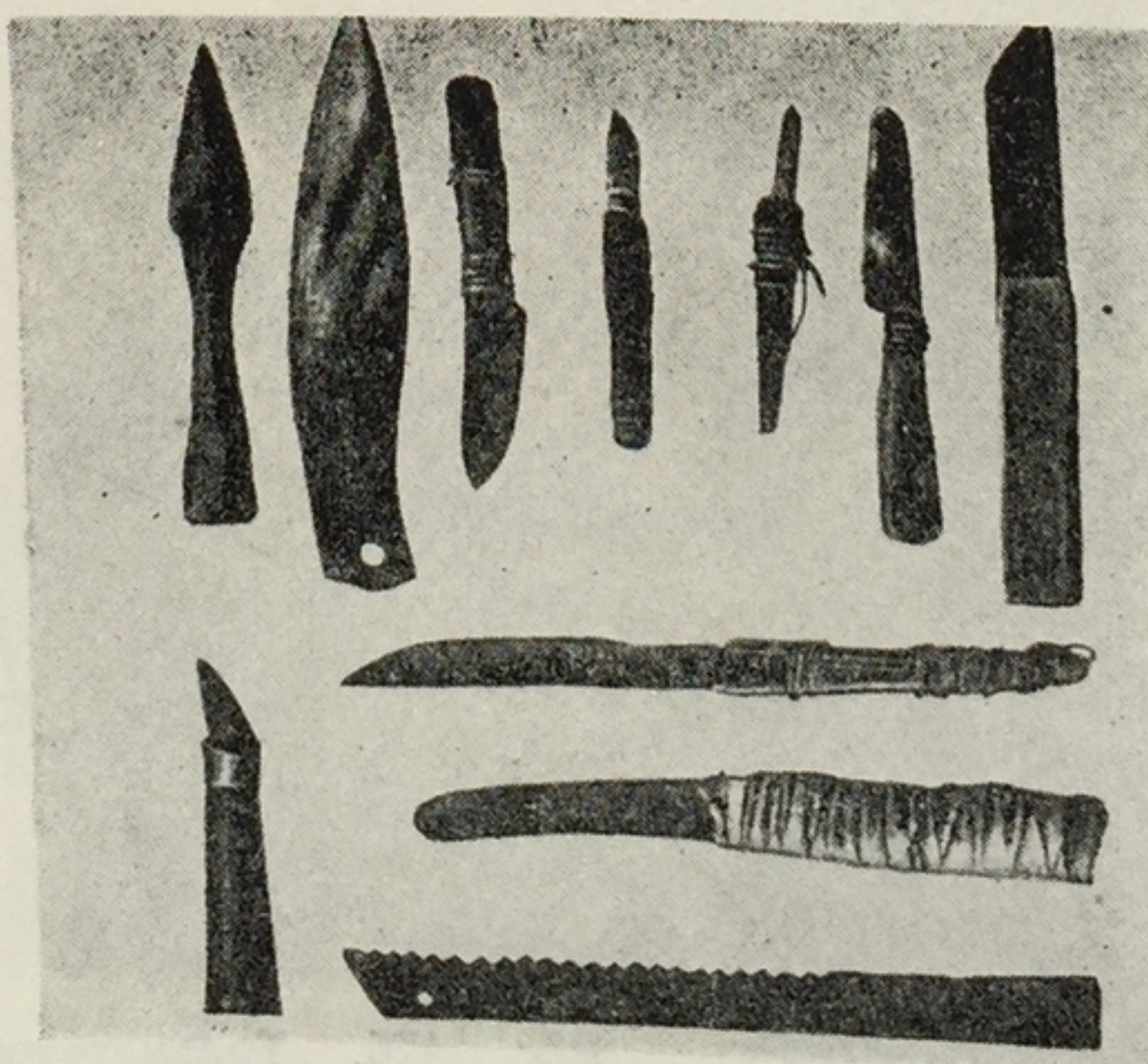


Рис. 429. Орудия суицидальных попыток и агрессивных действий больных. В. Вейгандт (W. Weygandt). Атлас психиатрии, 1902.



ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ  
И ПАТОЛОГОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ  
МАТЕРИАЛЫ



ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ  
И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ  
МАТЕРИАЛЫ



## ПРОГРЕССИВНЫЙ ПАРАЛИЧ

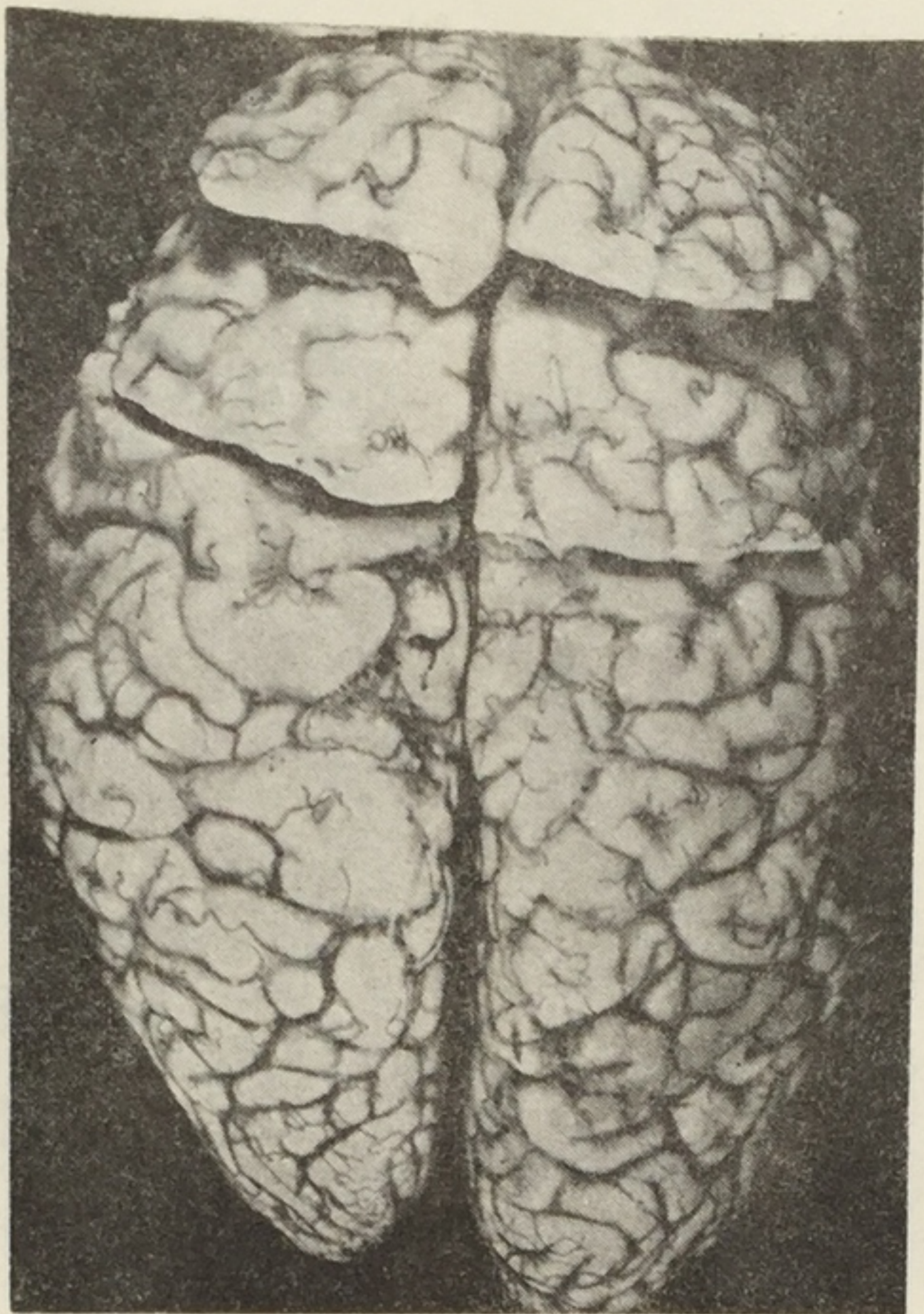


Рис. 430. Прогрессивный паралич. Сглаженность борозд. Общие атрофические изменения. Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад. И. П. Павлова.

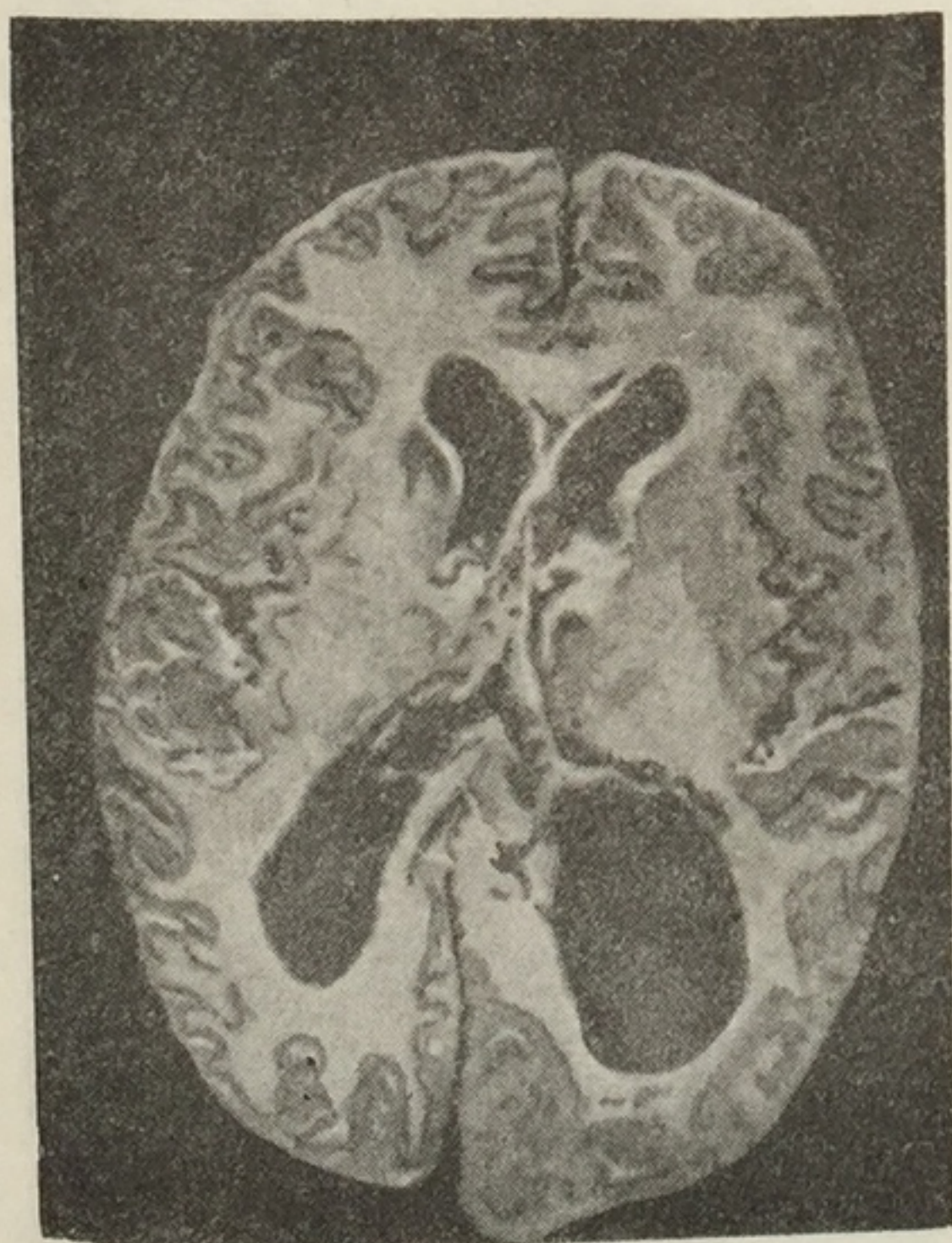


Рис. 431. Прогрессивный паралич. Расширение боковых желудочков. В. А. Гиляровский. Введение в анатомическое изучение психозов. 1925.

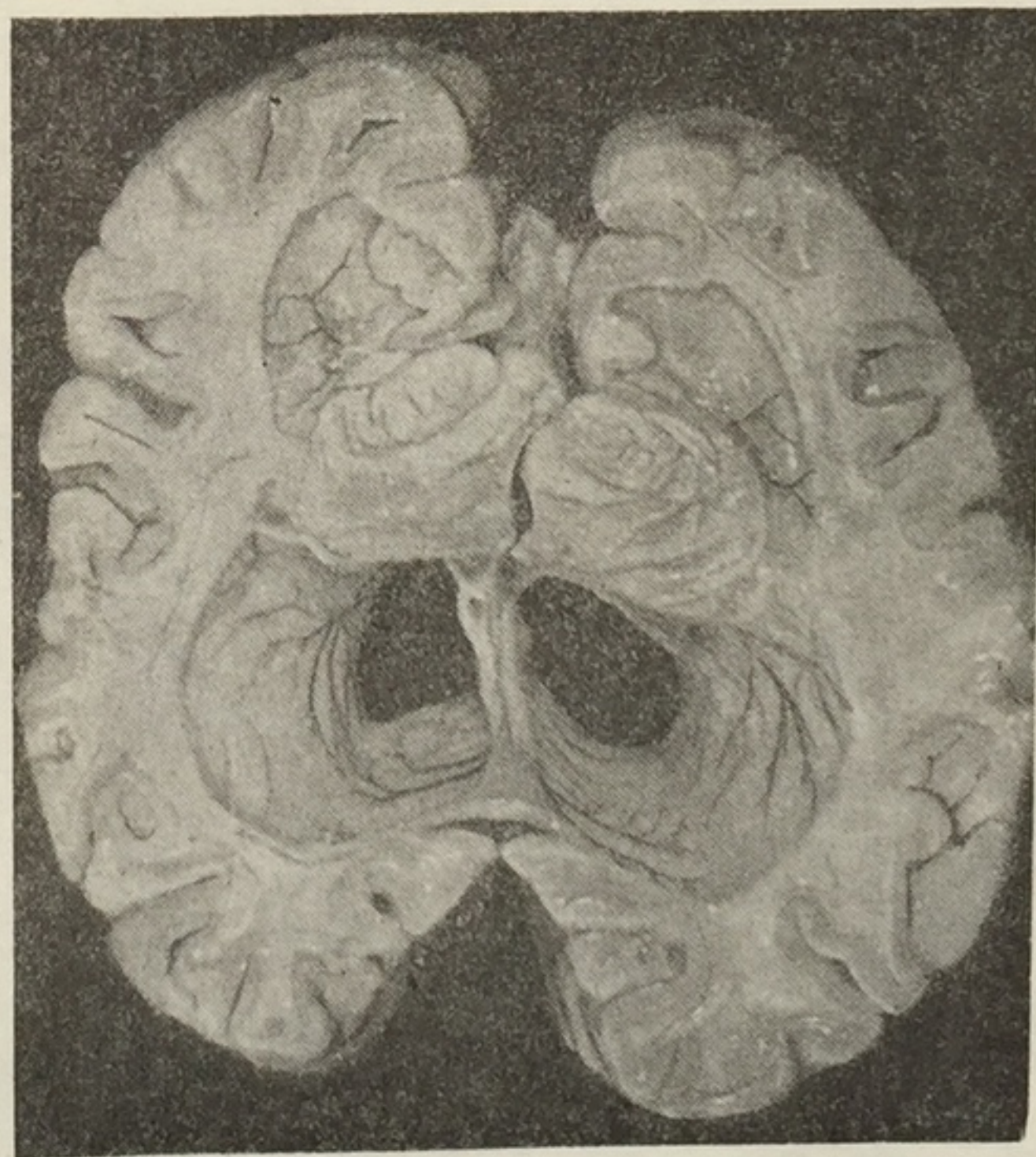


Рис. 432. Прогрессивный паралич. Внутренняя водянка. Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. И. П. Павлова.



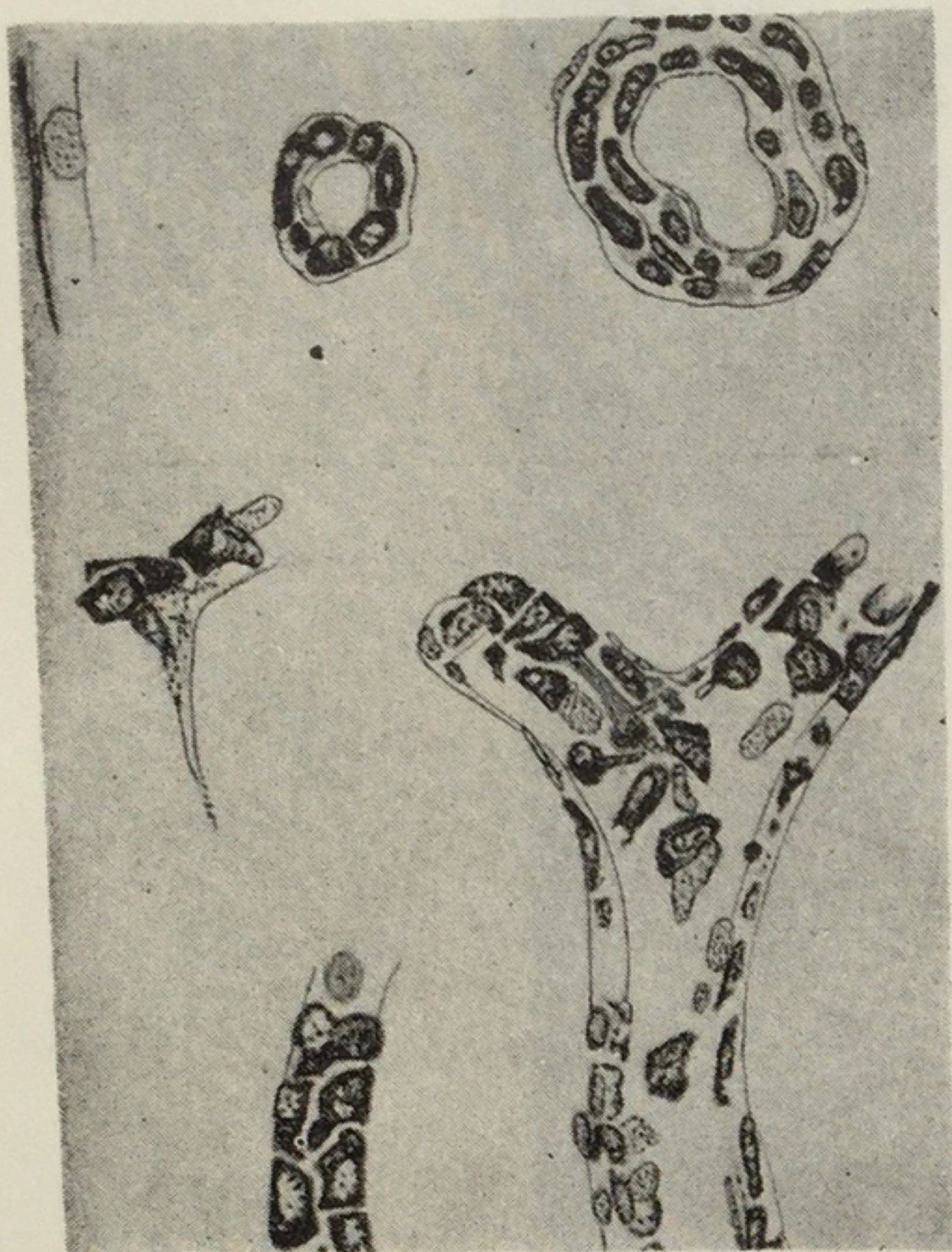


Рис. 433. Прогрессивный паралич. Инфильтрация сосудов (рисунок по Альцгеймеру).

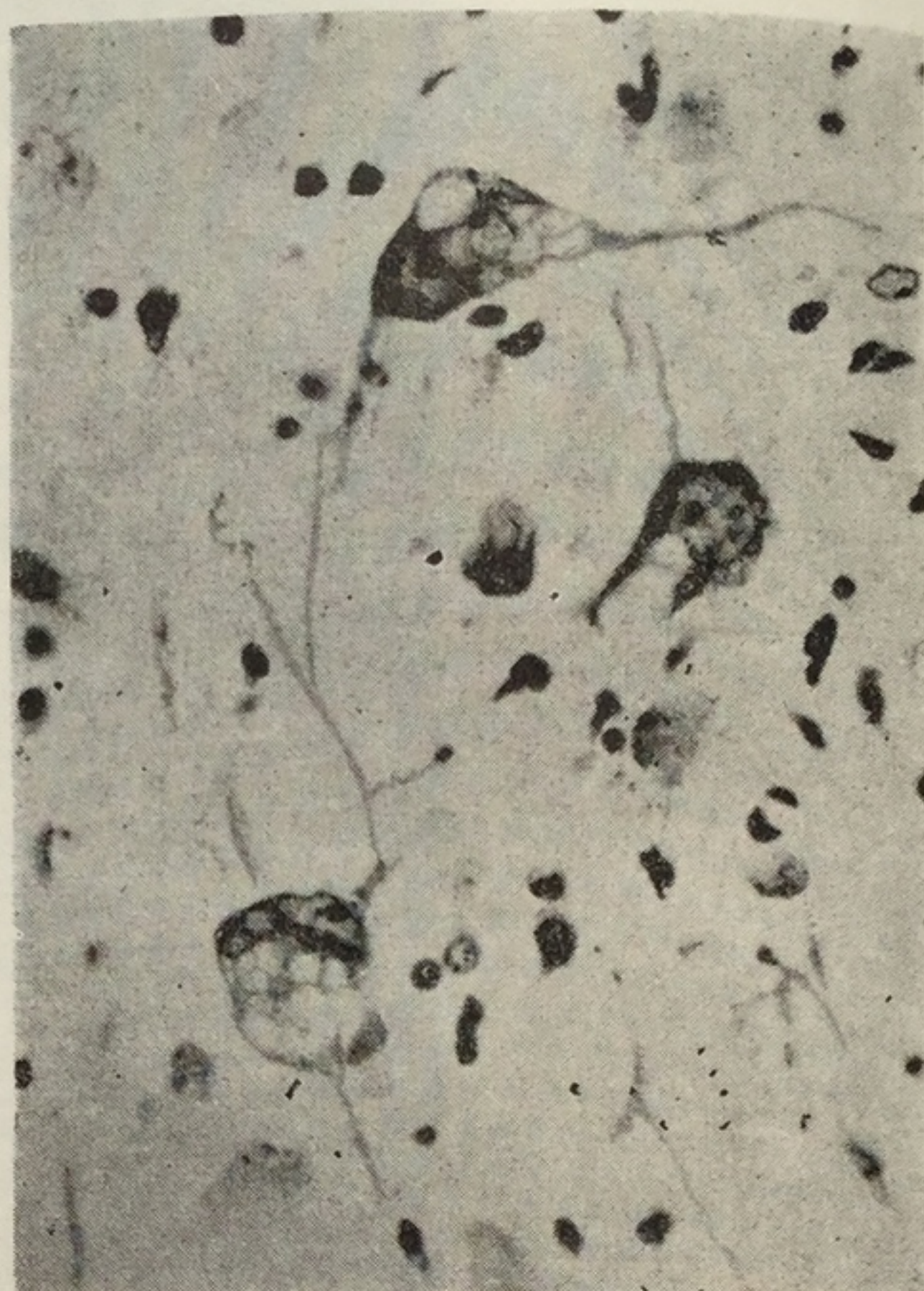


Рис. 434. Прогрессивный паралич. Вакулярные изменения клеток.

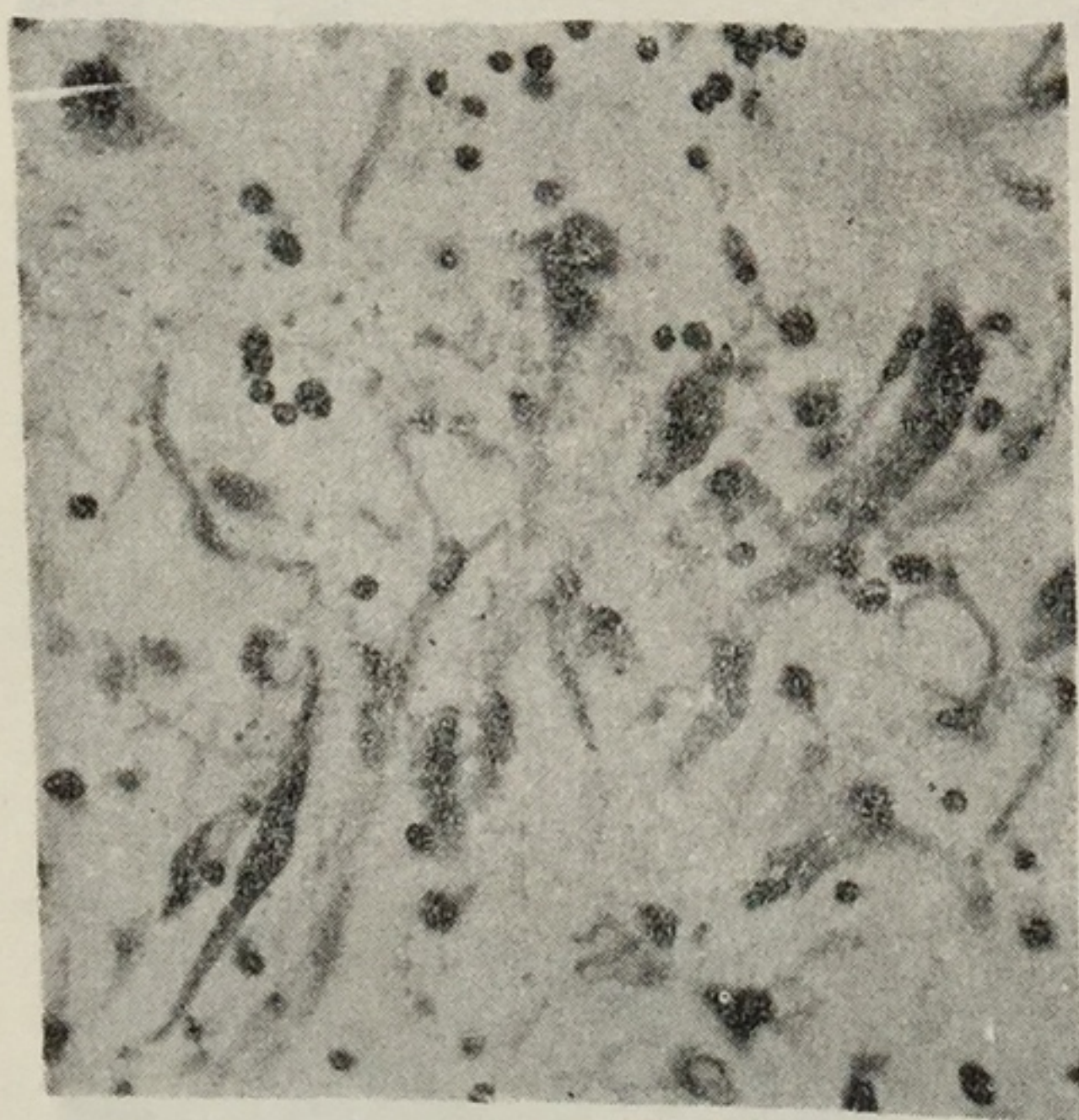


Рис. 435. Прогрессивный паралич. Изменения клеток.

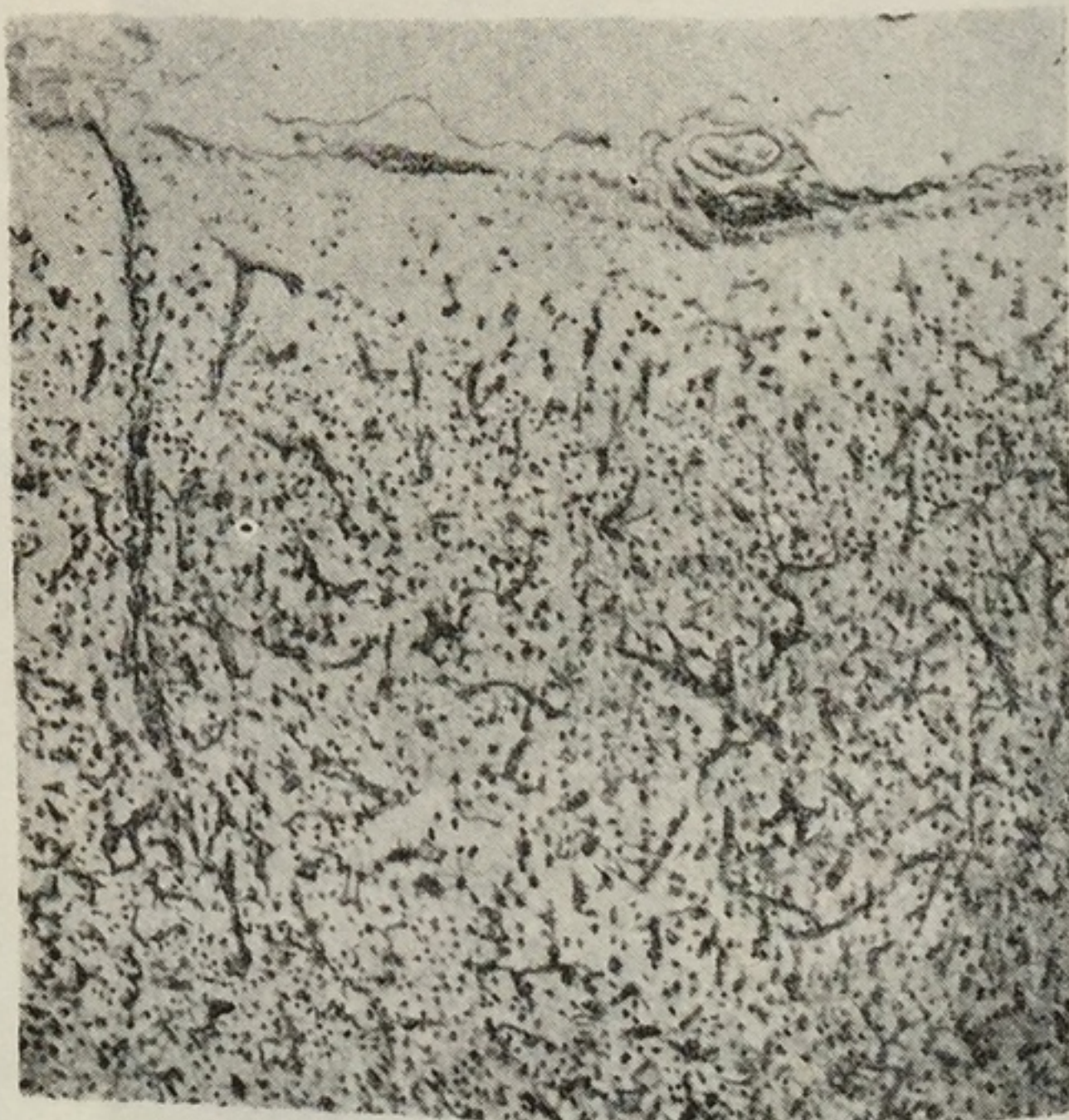


Рис. 436. Прогрессивный паралич. Разрастание глии.



Рис. 437. Прогрессивный паралич. Кора головного мозга.

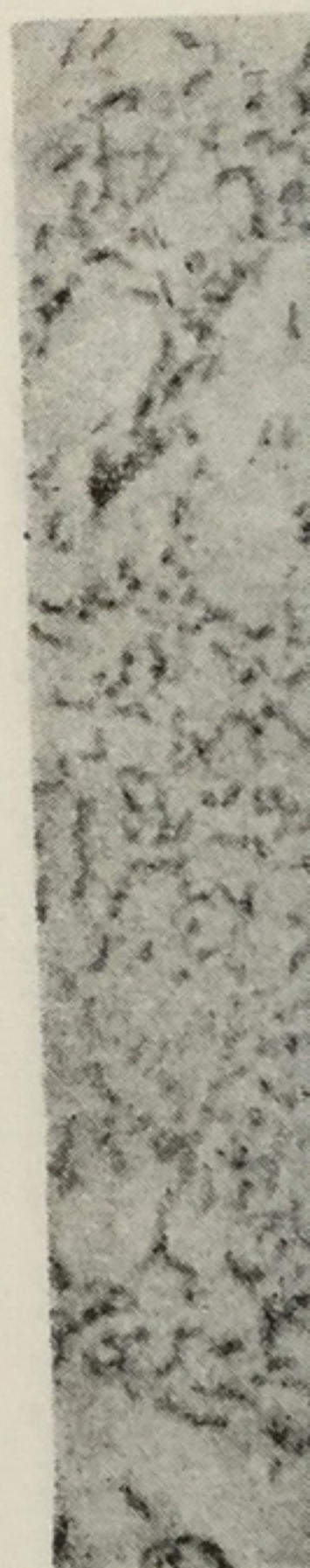


Рис. 439. Прогрессивный паралич. Кора головного мозга.



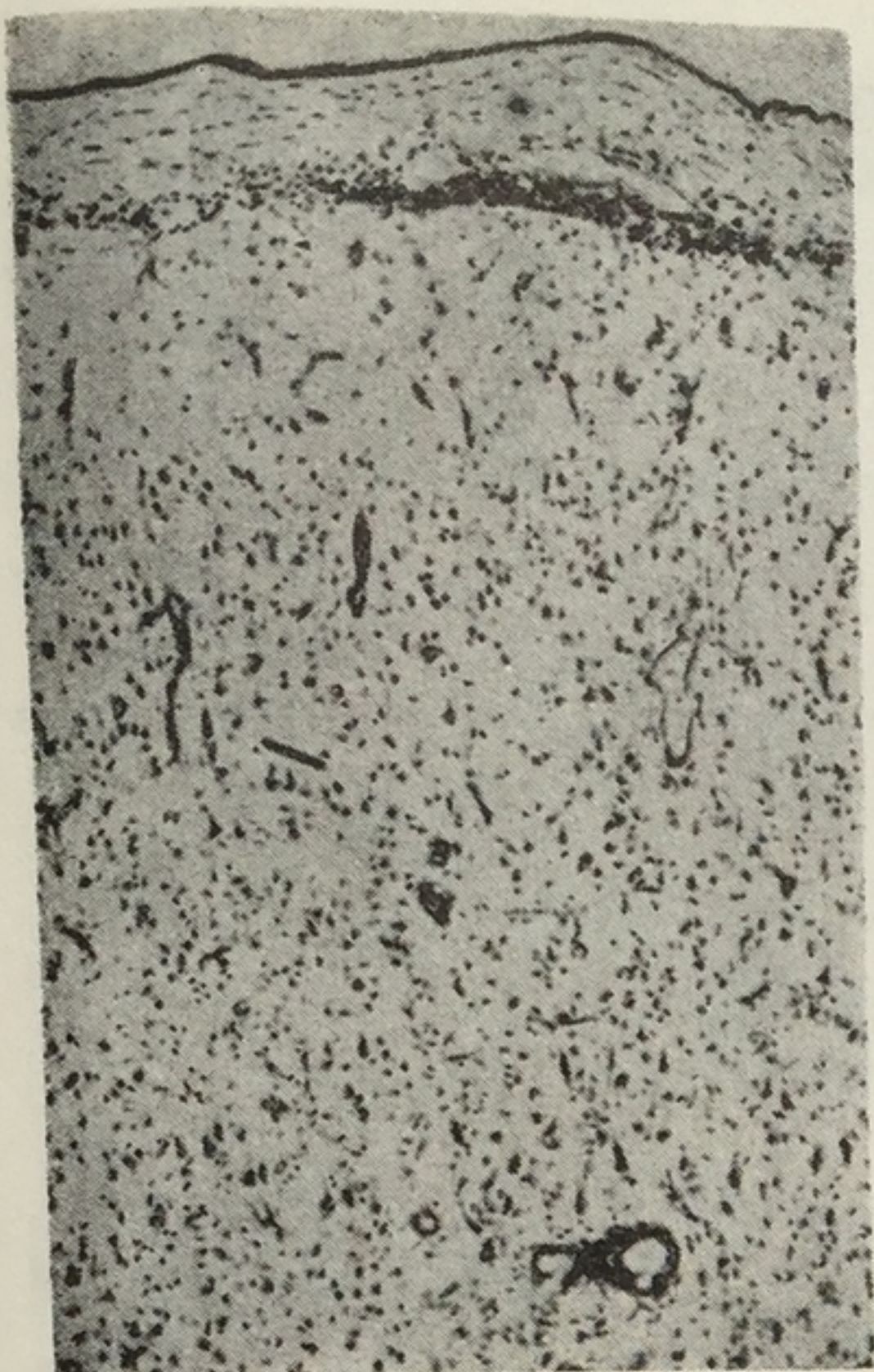


Рис. 437. Прогрессивный паралич. Кора головного мозга. Атрофические изменения.

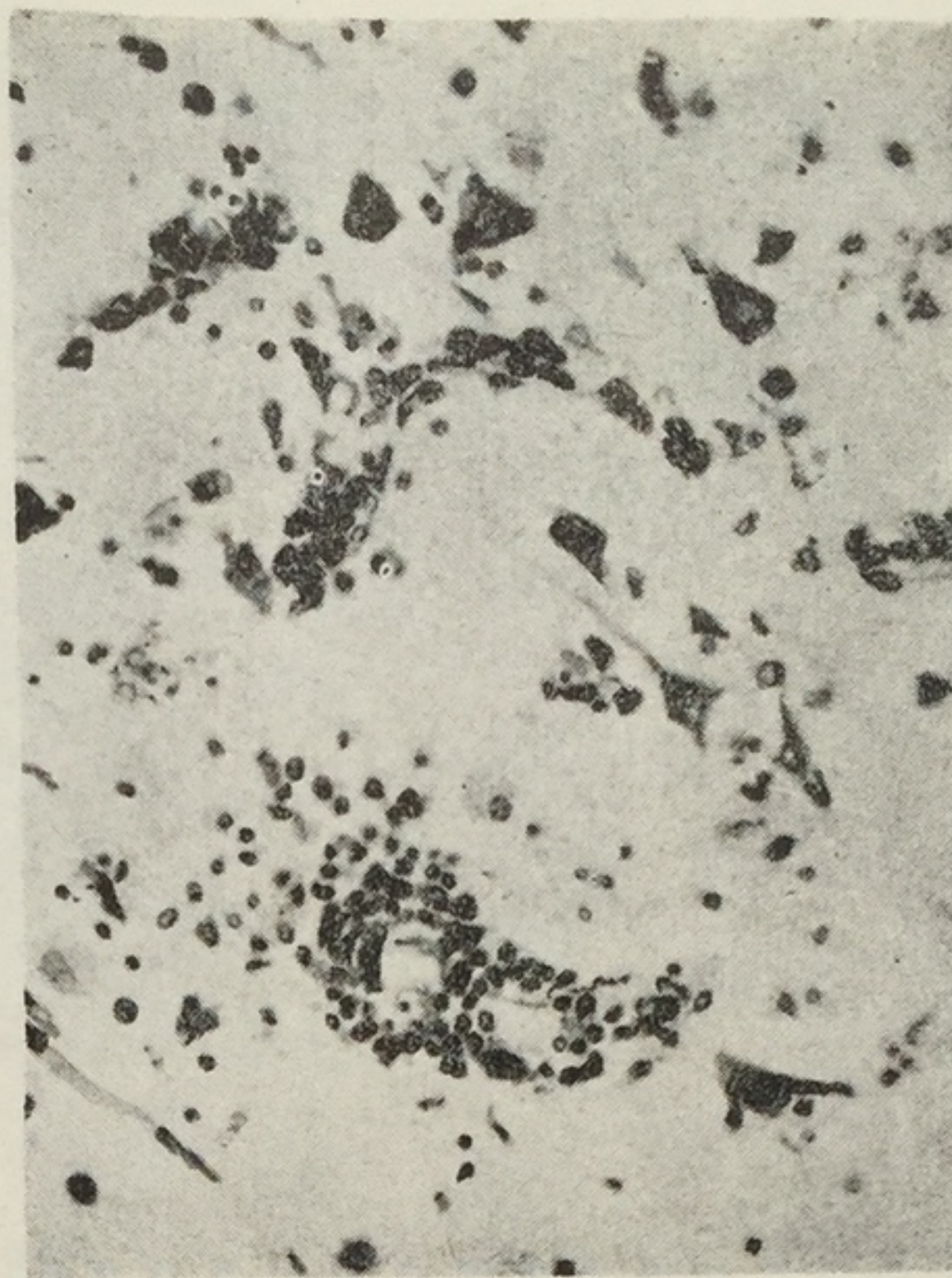


Рис. 438. Прогрессивный паралич. Кора головного мозга. Инфильтрация периваскулярных сосудов.

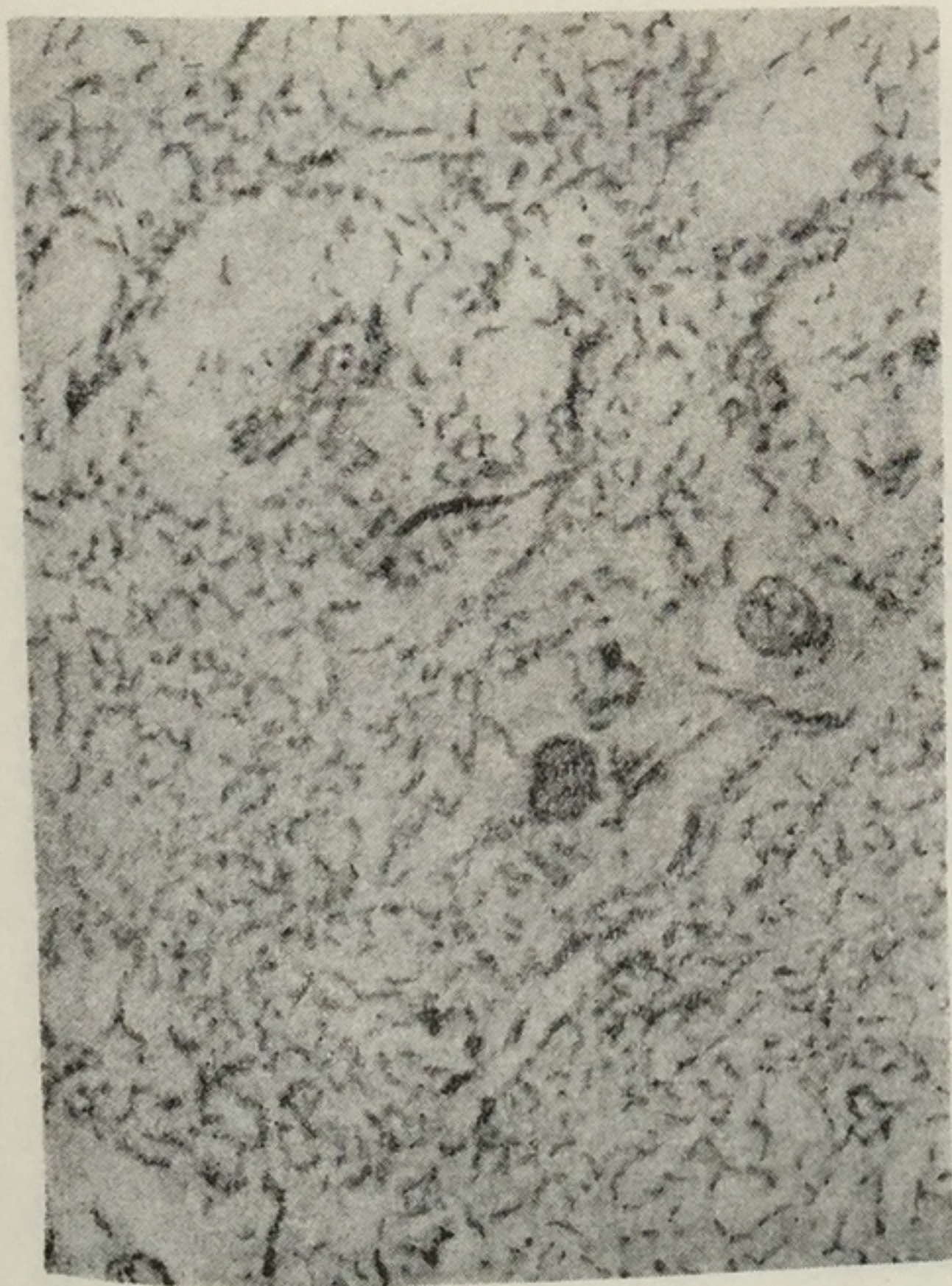


Рис. 439. Прогрессивный паралич. Спирохеты в коре головного мозга.

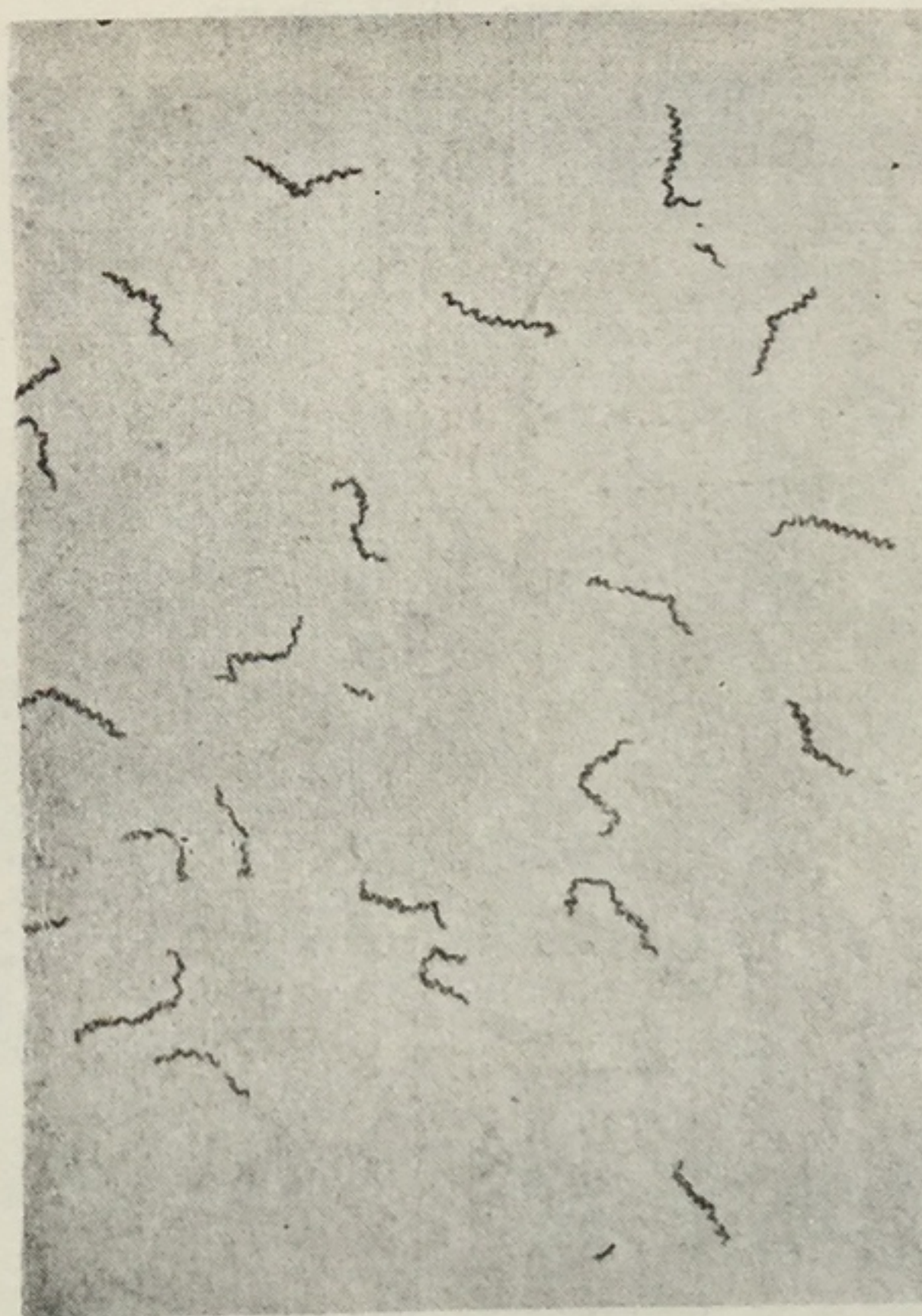


Рис. 440. Прогрессивный паралич. Диффузное распространение спирохет в коре головного мозга. Рисунок.



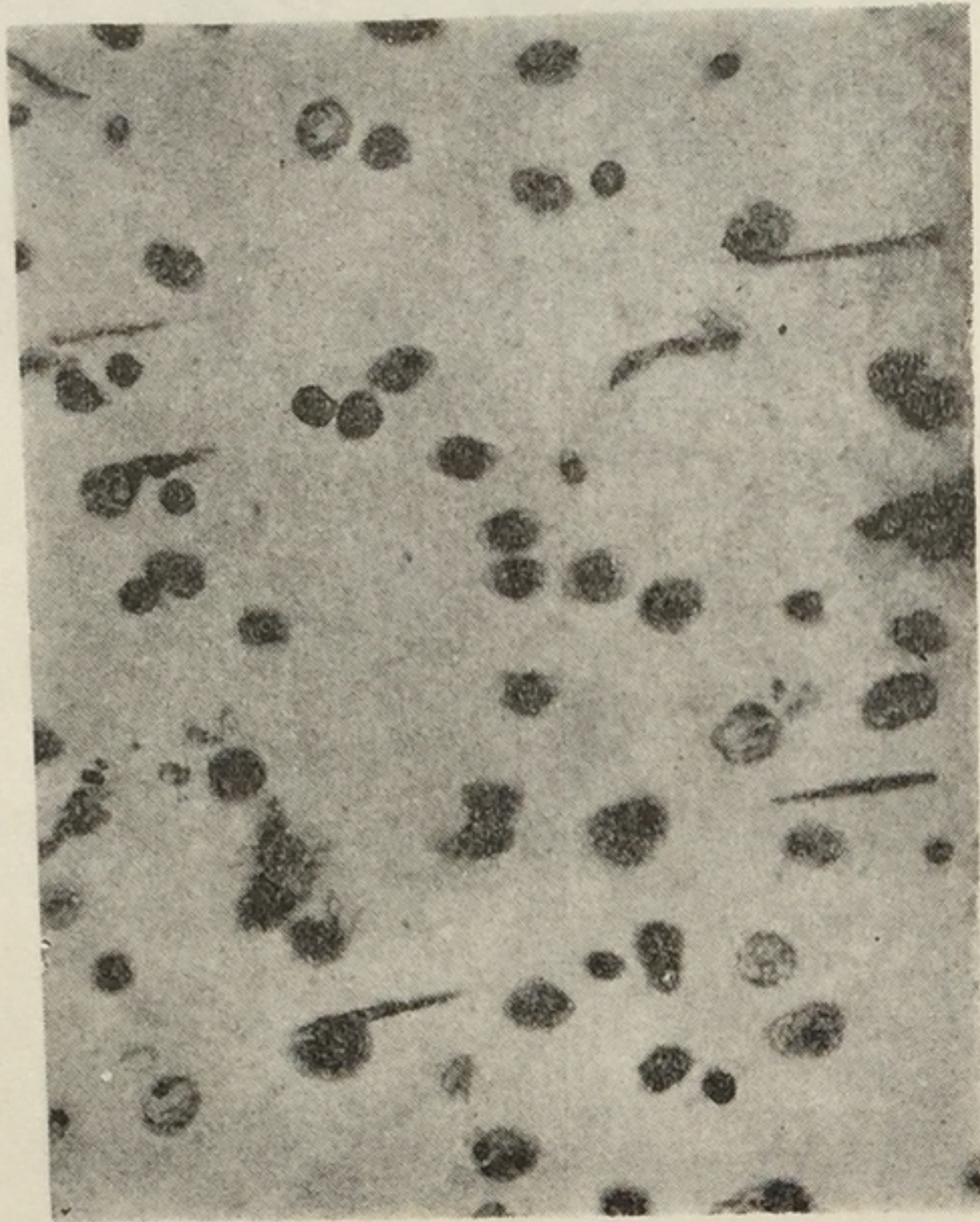


Рис. 441. Прогрессивный паралич. Клетки Тучека.

З. Мисливечек (Zdeněk Mysliveček). Частная психиатрия, 1959, Прага.

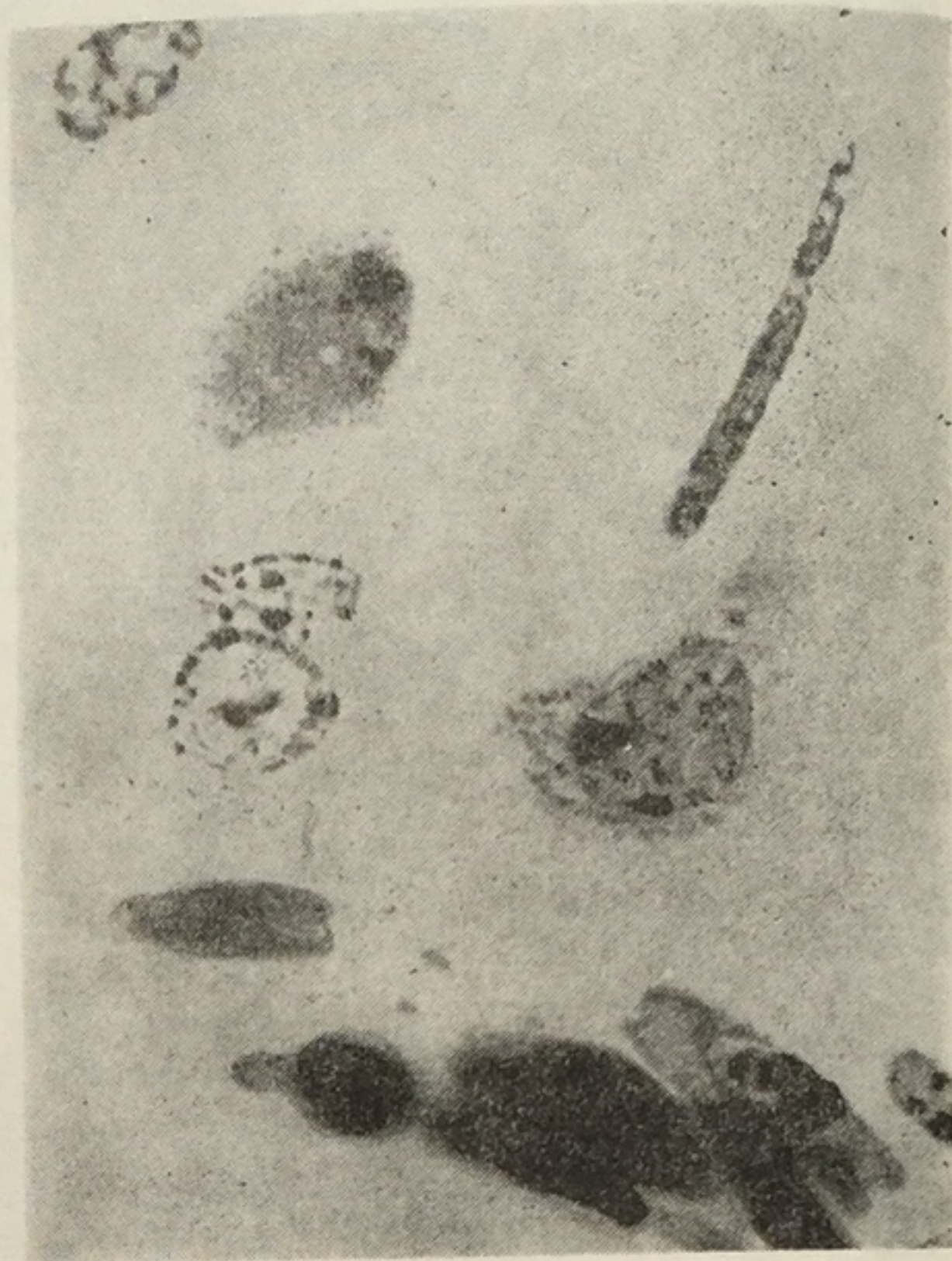


Рис. 442. Прогрессивный паралич. Ядро клетки Тучека. Там же.



Рис. 443. Нормальная кора лобной области. Там же.

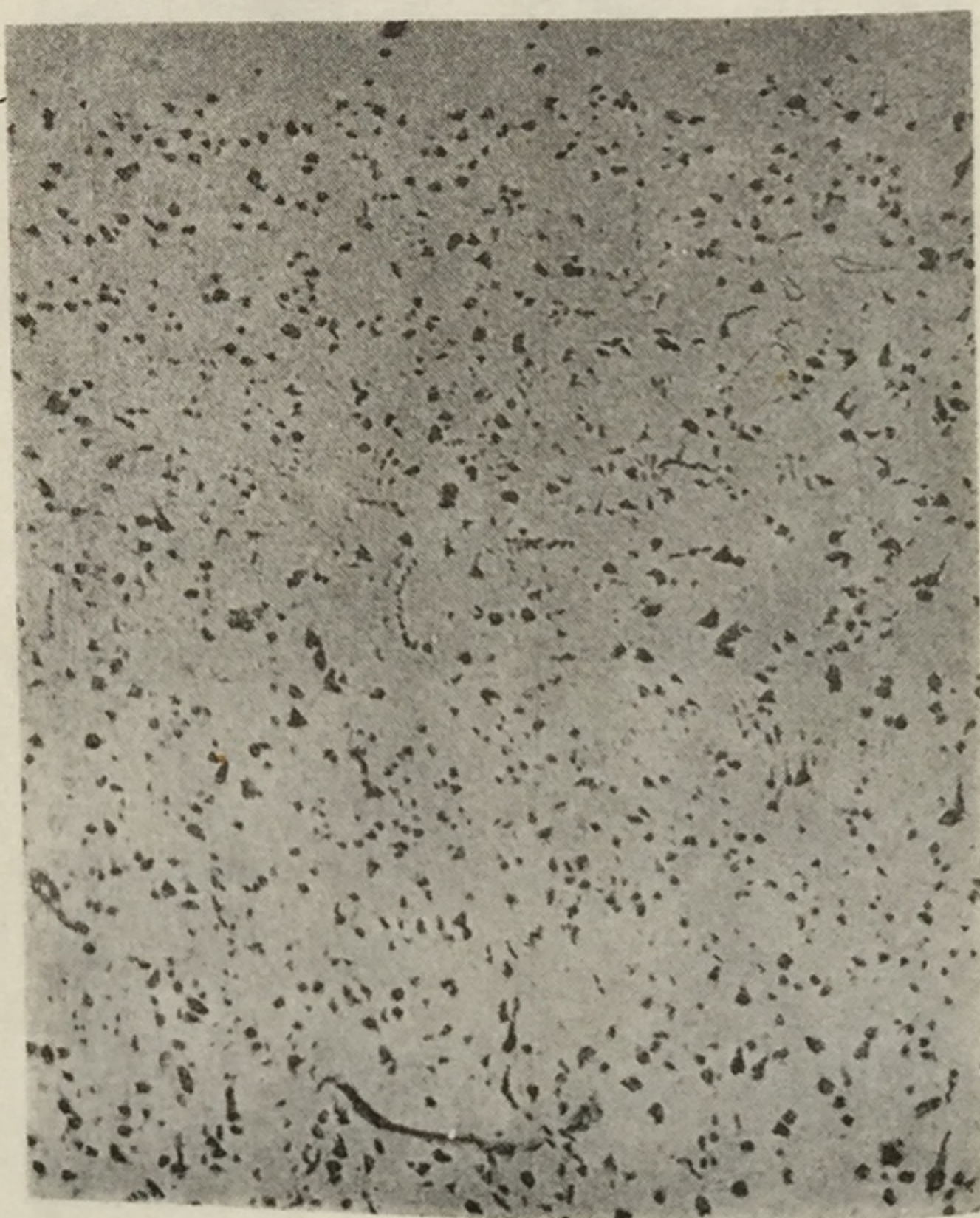


Рис. 444. Кора лобной области при прогрессивном параличе. Там же.



## СИФИЛИС МОЗГА

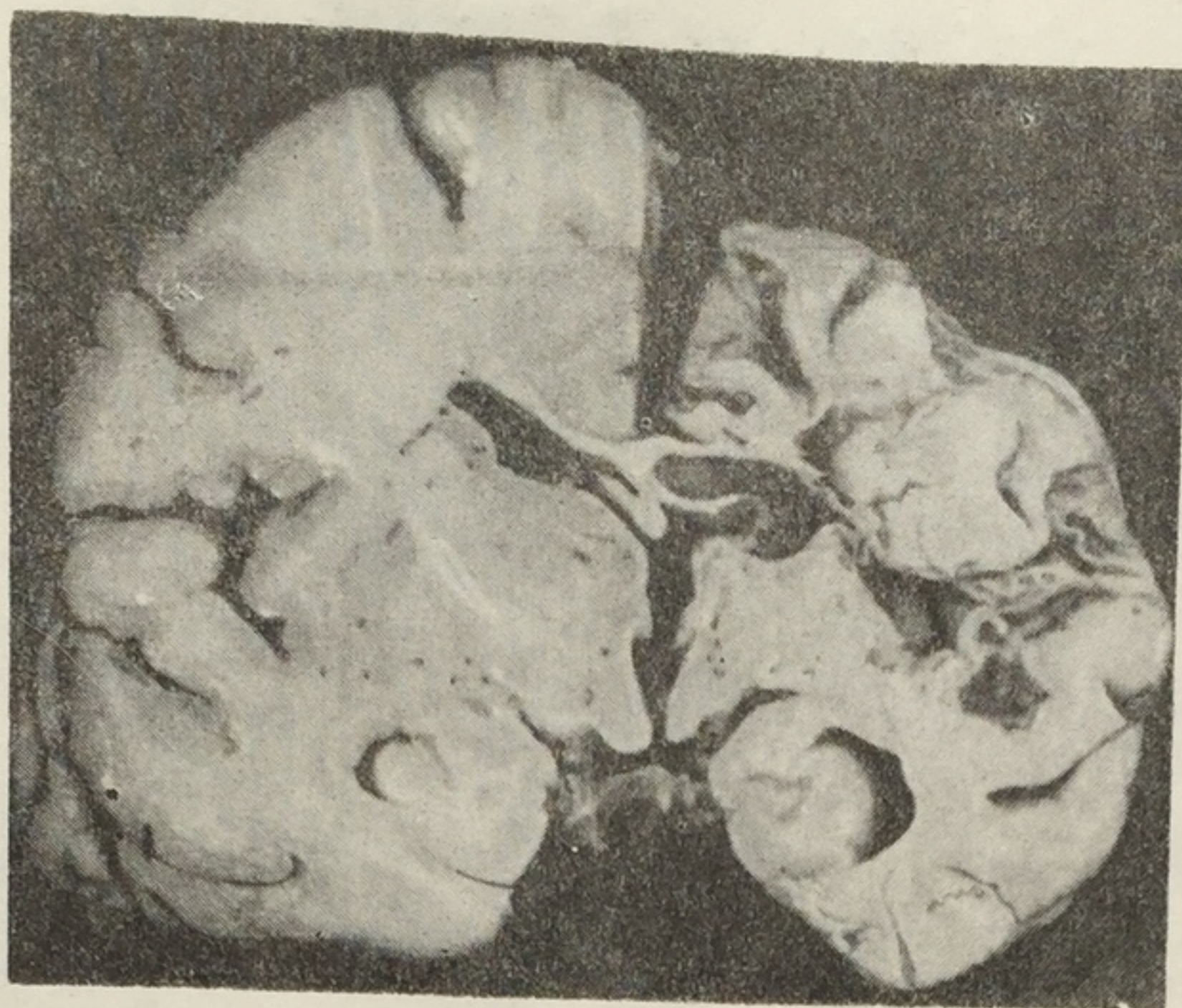


Рис. 445. Сифилис мозга. Гумма. Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад. И. П. Павлова.

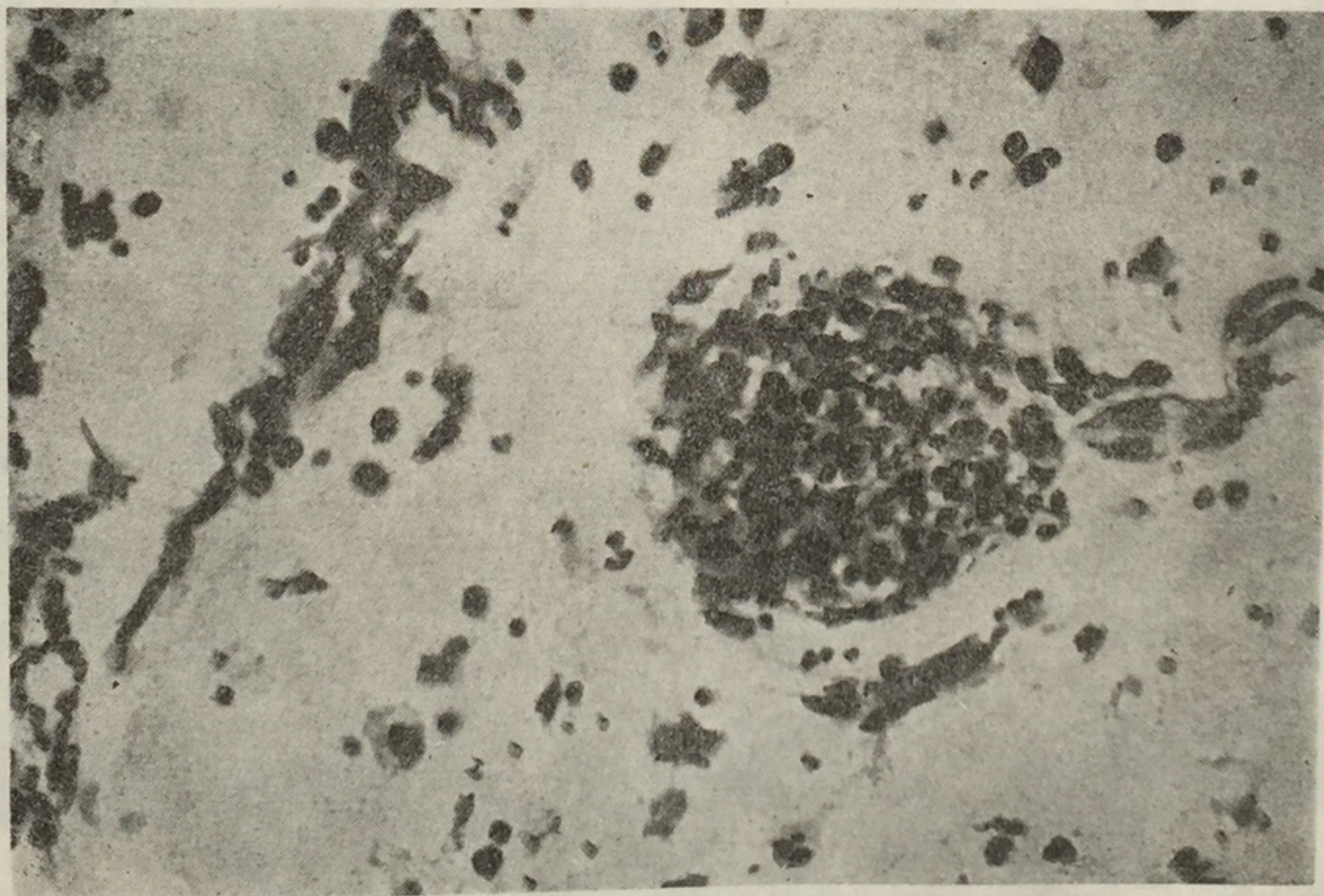


Рис. 446. Сифилис мозга. Гумма



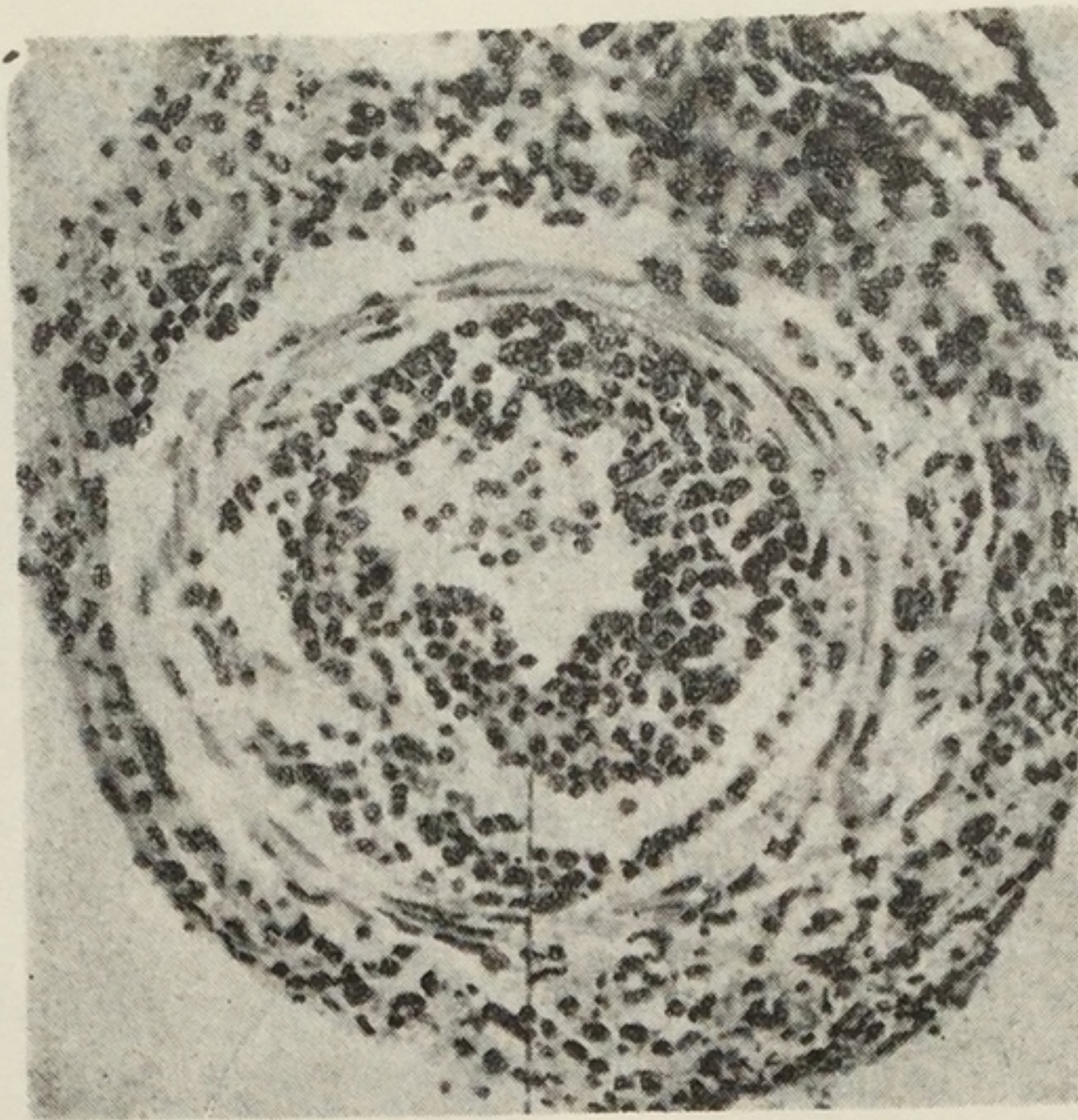


Рис. 447. Сифилис мозга. Изменения интимы в базальном сосуде.



Рис. 448. Сифилис мозга. Небольшие гуммы в коре.



Рис. 449. Сифилис мозга. Эндартериит сосуда мягкой мозговой оболочки.



Рис. 450. Глубокая патологическая психика.



## АРТЕРИОСКЛЕРОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА

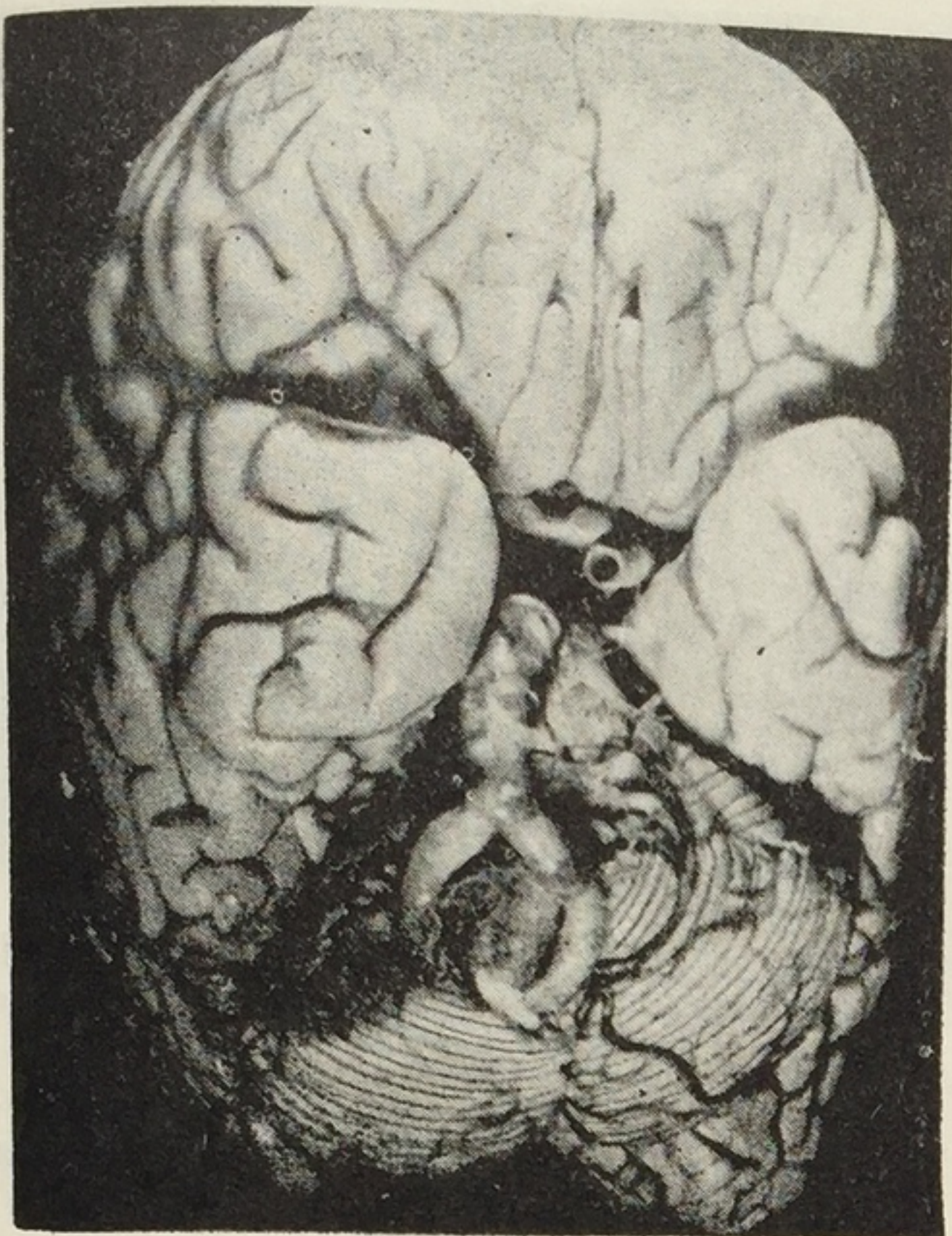


Рис. 450. Артериосклероз головного мозга.  
Глубокие изменения крупных сосудов.  
Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад. И. П. Павлова.

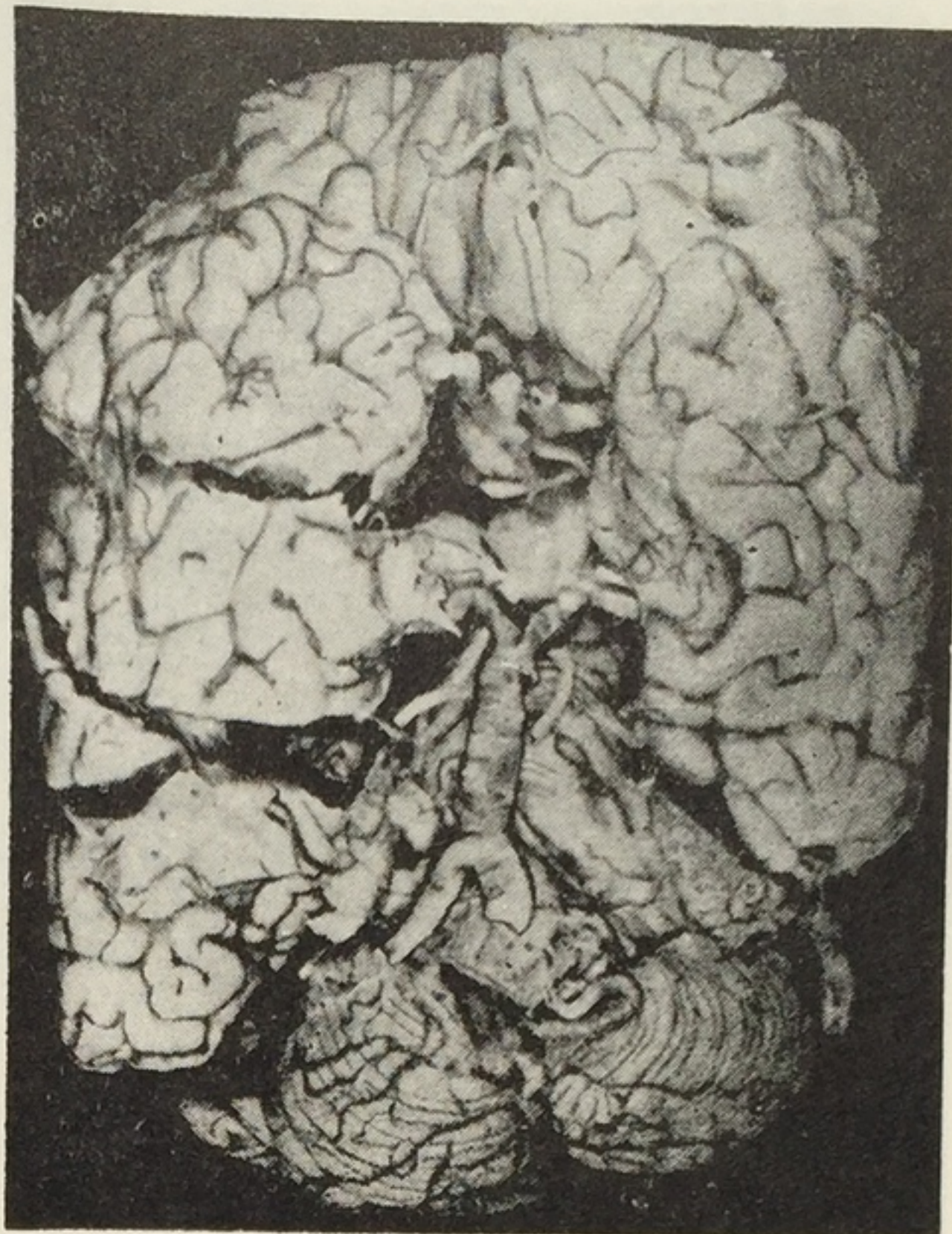


Рис. 451. Тяжелый артериосклероз головного мозга при гипертонической болезни.  
Глубокие изменения крупных сосудов.  
Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад. И. П. Павлова.

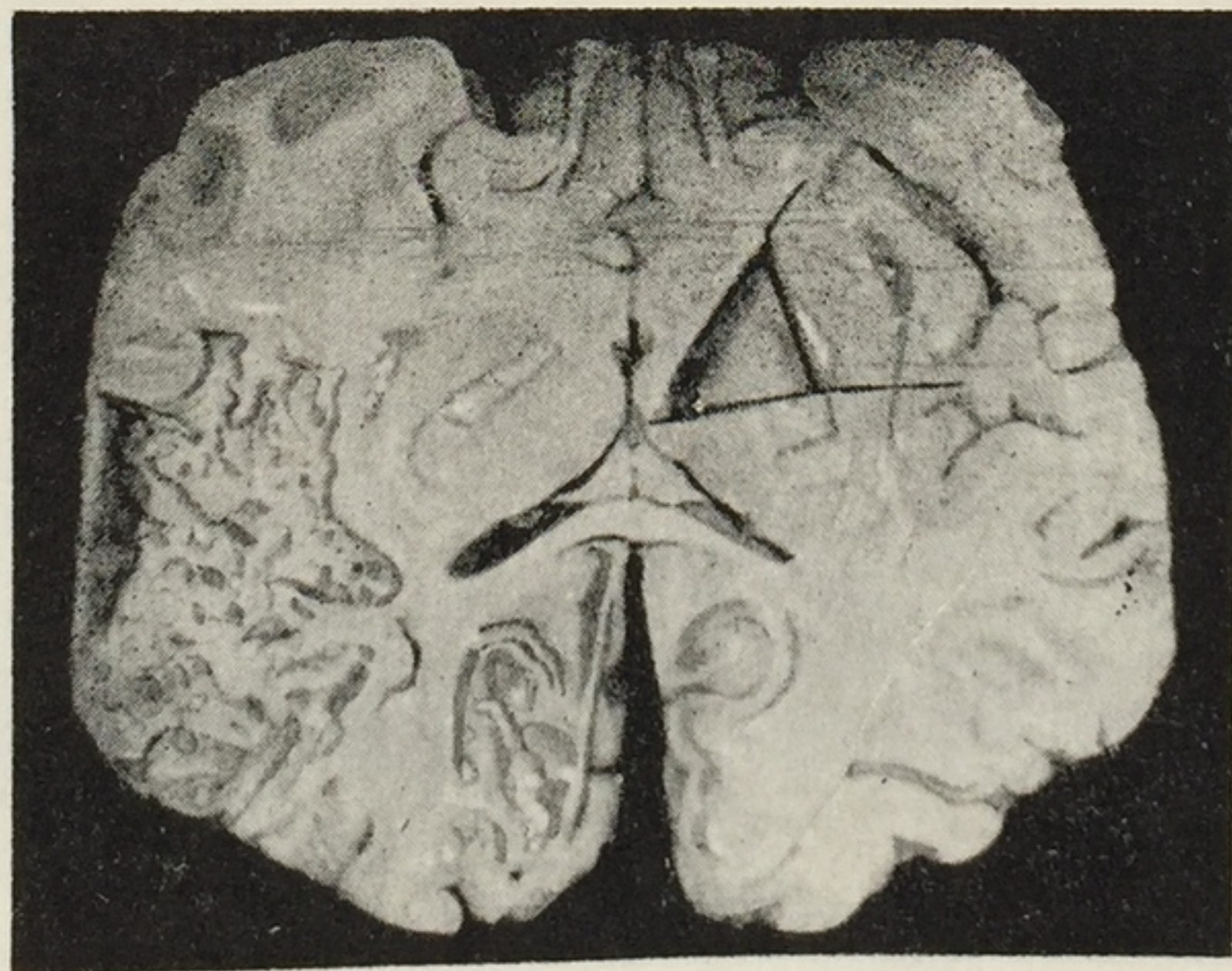


Рис. 452. Артериосклероз головного мозга.  
Обширный очаг размягчения коры и белого вещества.  
Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад. И. П. Павлова.



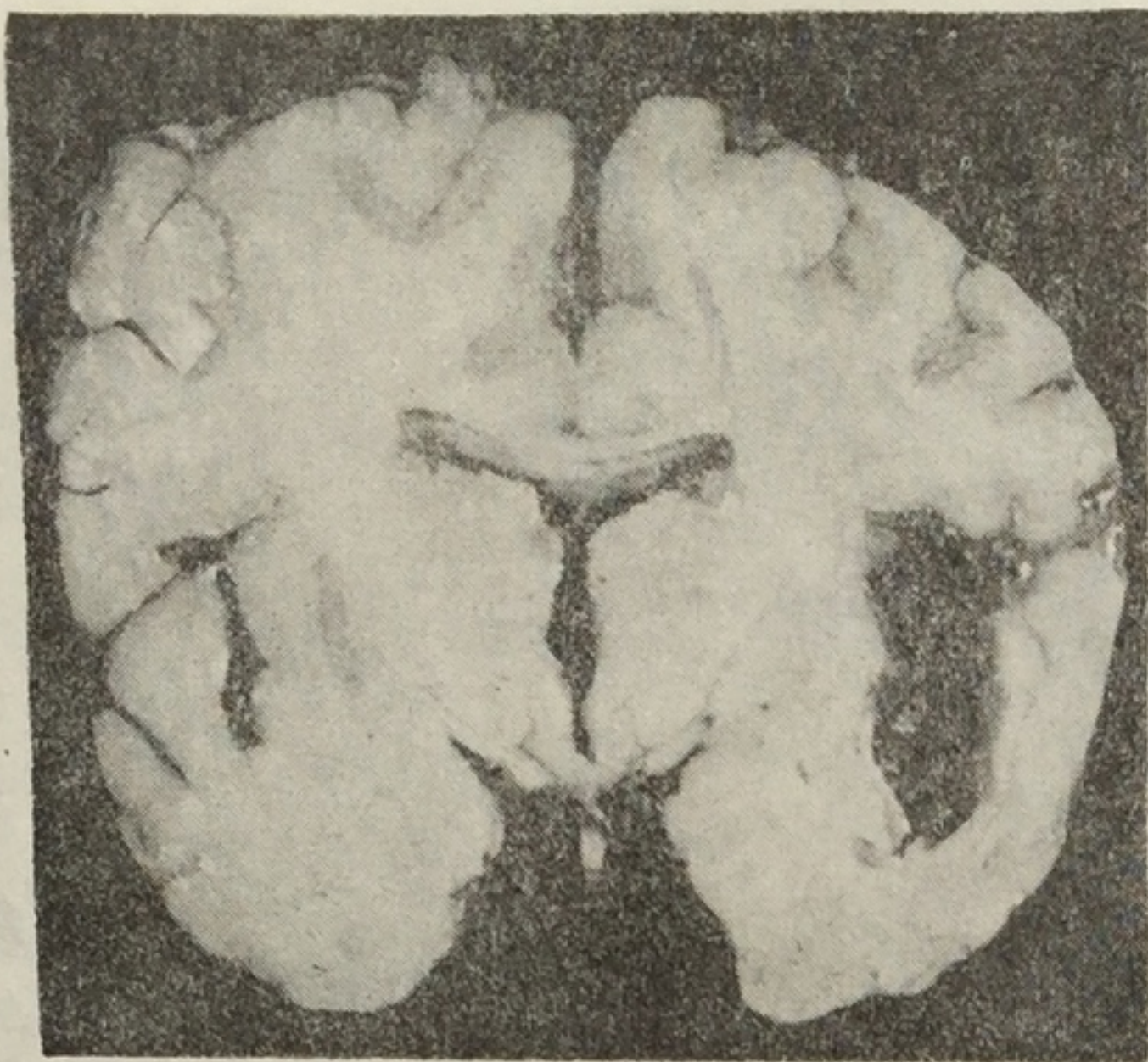


Рис. 453. Артериосклероз головного мозга.  
Кровоизлияние.  
Патологоанатомическая лаборатория Киев-  
ской психоневрологической больницы им.  
акад. И. П. Павлова.

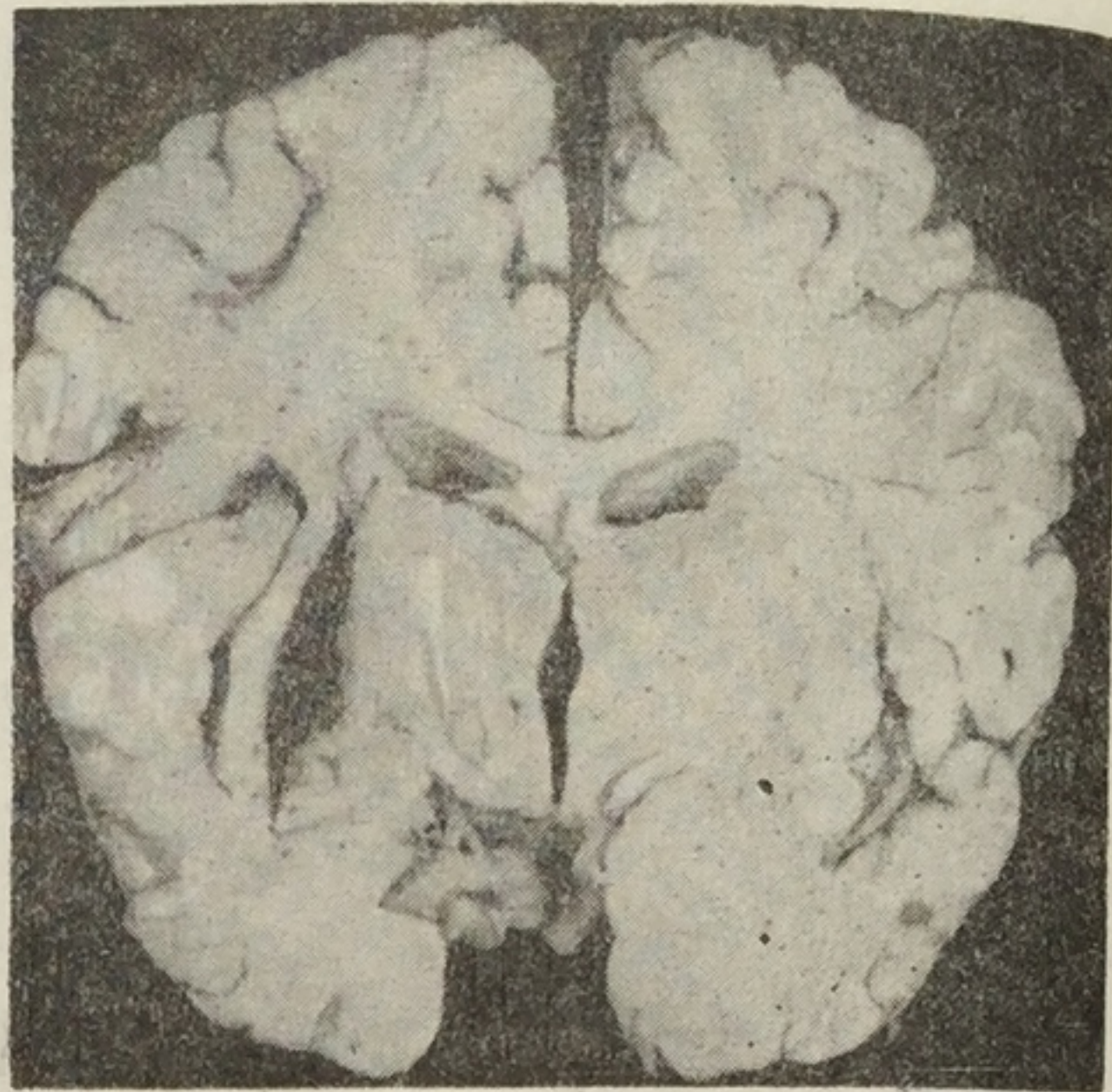


Рис. 454. Артериосклероз головного моз-  
га. Старое кровоизлияние в подкорковые  
ганглии.  
Патологоанатомическая лаборатория Ки-  
евской психоневрологической больницы  
им. акад. И. П. Павлова.

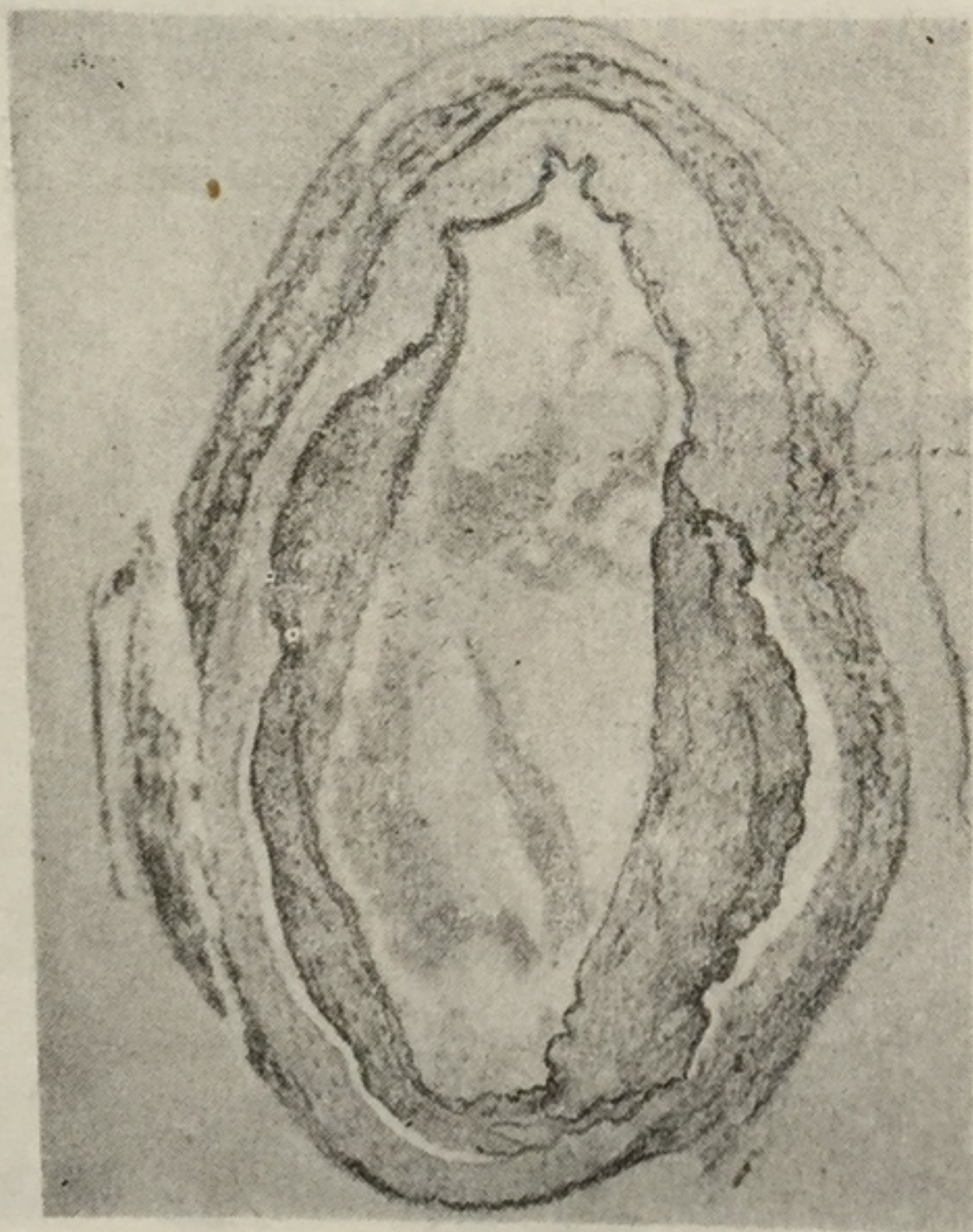


Рис. 455. Артериосклероз головного моз-  
га. Артериосклеротические изменения ба-  
зальной артерии.

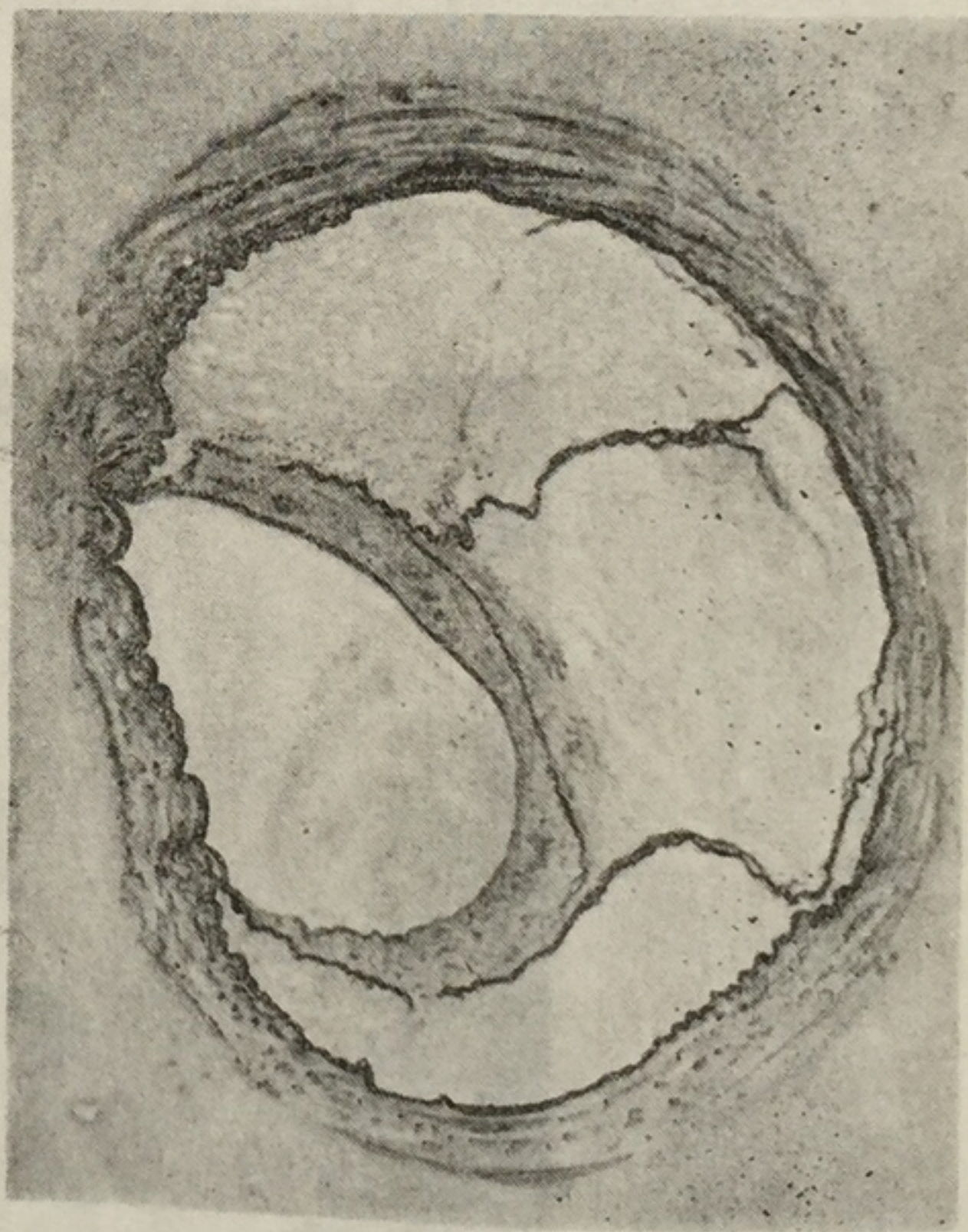


Рис. 456. Артериосклероз головного моз-  
га. Атеросклероз артерии аммониева  
рога.



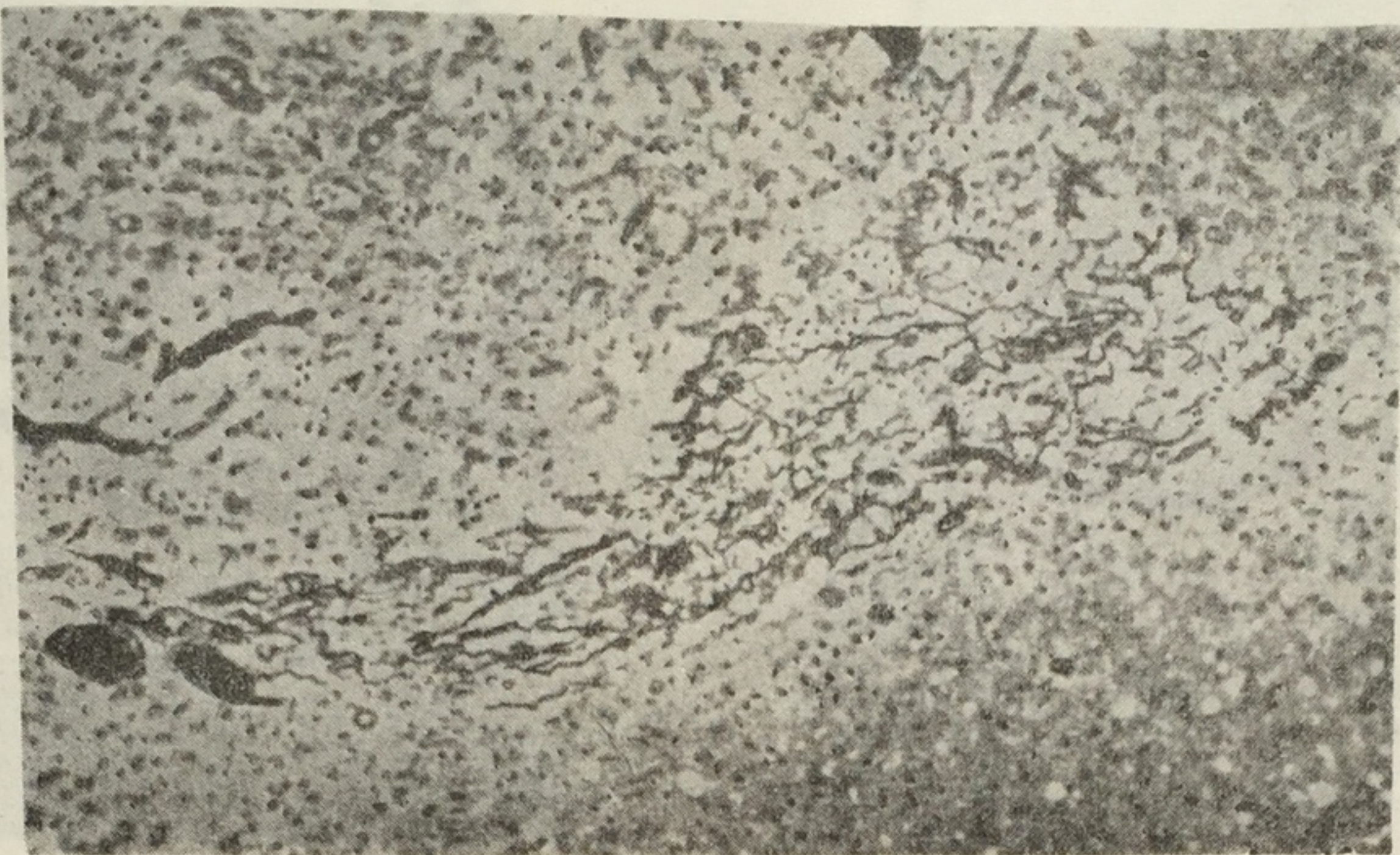


Рис. 457. Артериосклероз головного мозга. Очаг размягчения.

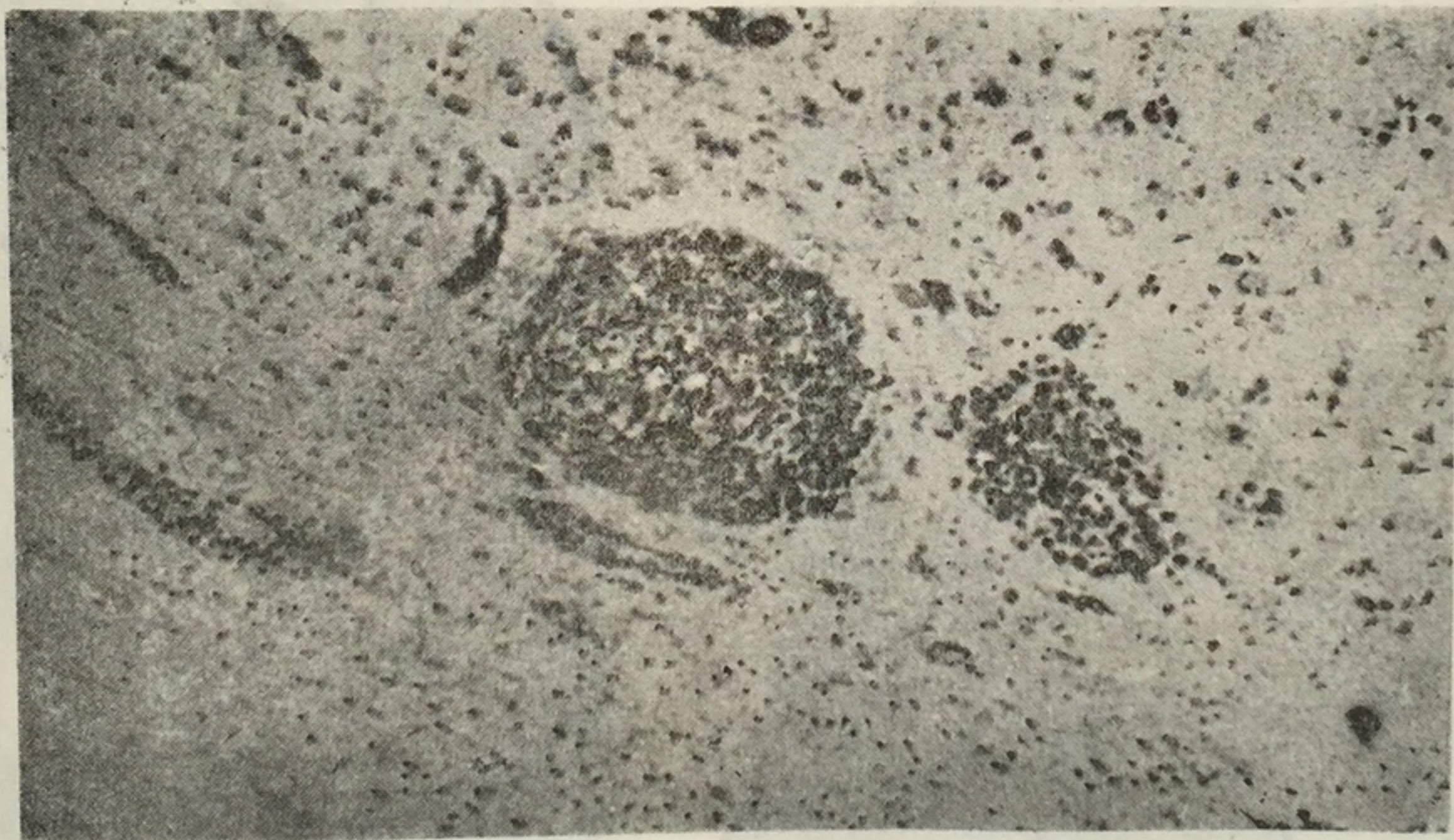


Рис. 458. Артериосклероз головного мозга. Закупорка сосуда продуктами распада.



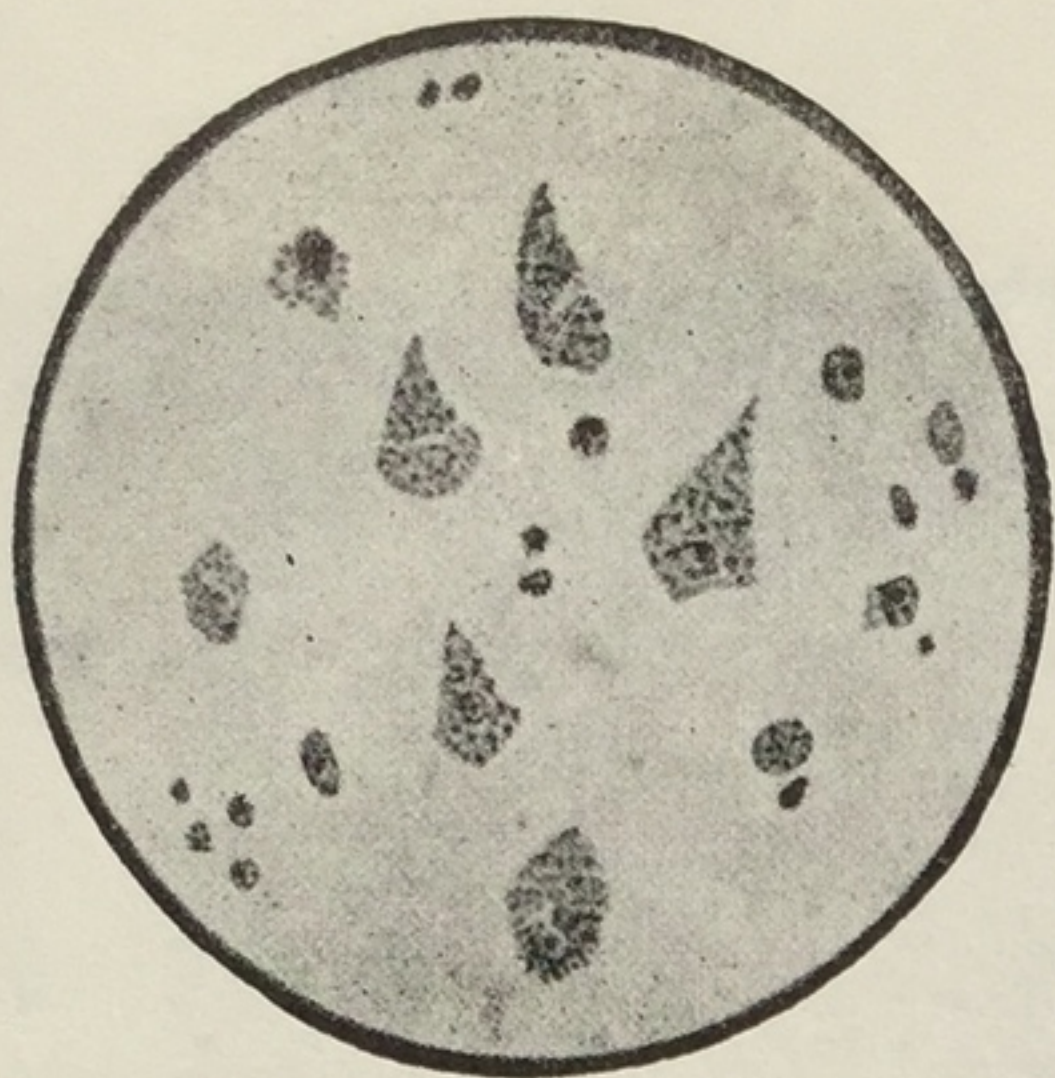


Рис. 459. Артериосклероз головного мозга. Липоидные соединения в нервных клетках коры головного мозга в лобных и височных долях. Липоидные соединения располагаются в основании клеток, сбоку от ядра, в верхушке клеток или заполняют всю клетку.

Г. Ф. Перевощикова. Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни. 1959.

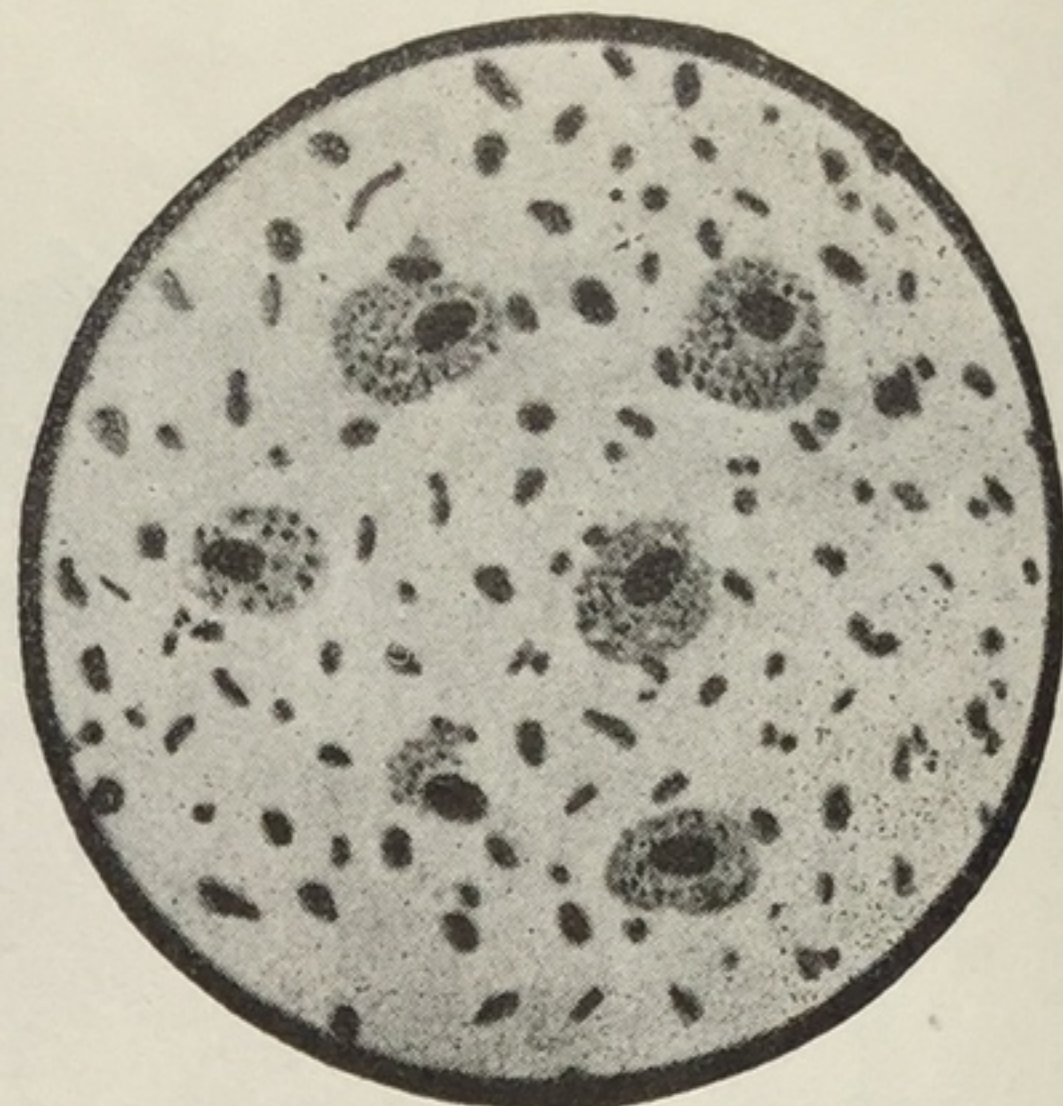


Рис. 460. Артериосклероз головного мозга. Липоидные соединения в клетках гипоталамической области.  
Там же.

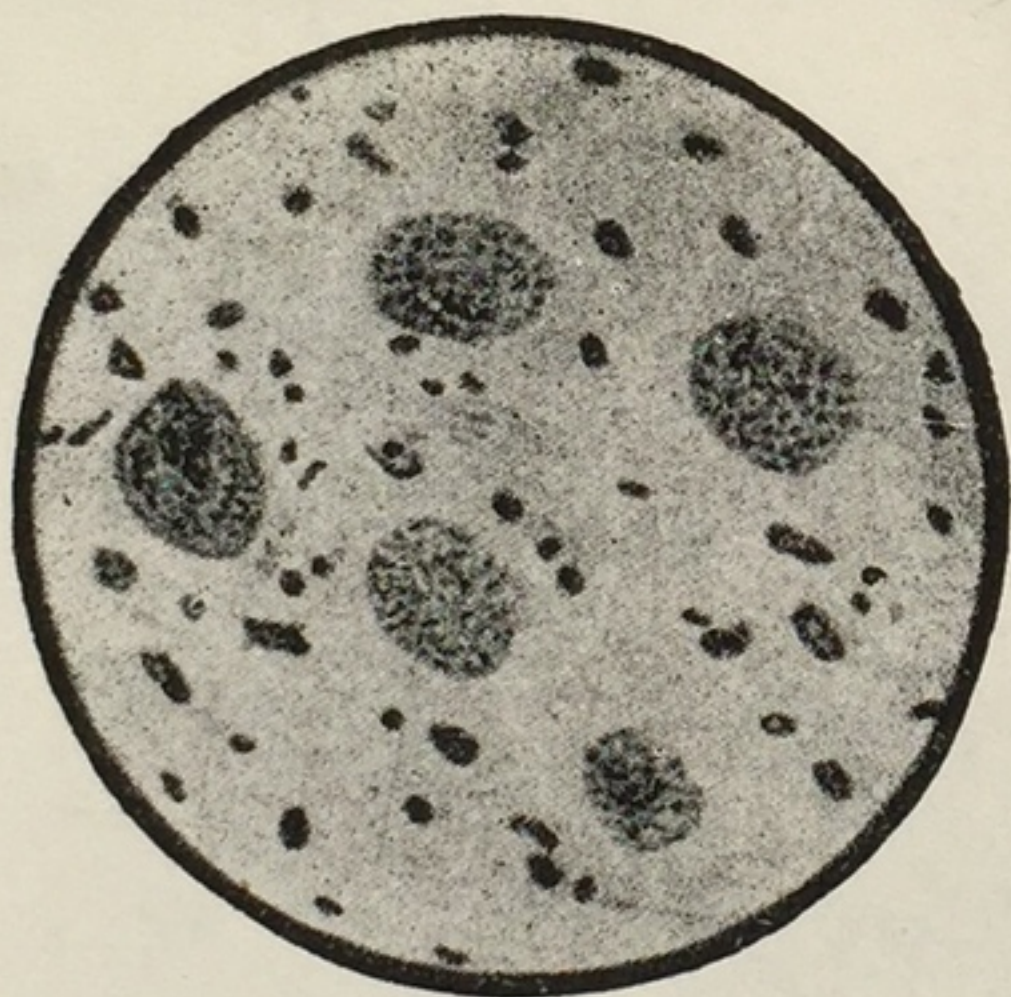


Рис. 461, 462. Артериосклероз головного мозга. Липоидные соединения в клетках ядра подъязычного нерва и в клетках нижних олив.  
Там же.



Рис. 463. Артериосклероз головного мозга. Липоидные соединения в стенках сосудов: капиллярах, артериолах, венулах, артериях, венах.  
Там же.



Рис. 464. Липидные соединения в клетках гипоталамической области.



Рис. 465. Патологические изменения в гипоталамической области.



## СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ

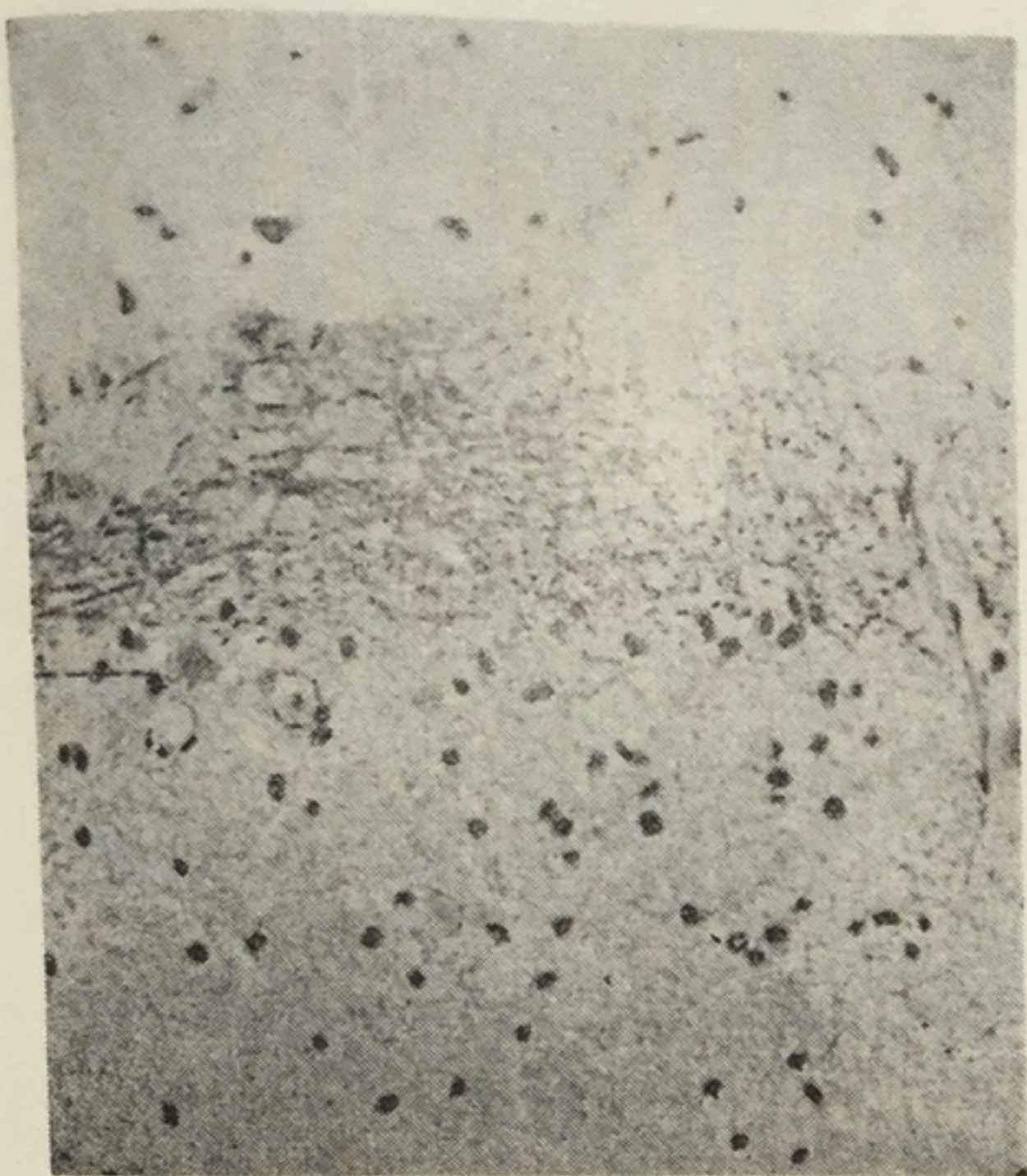


Рис. 464. Старческое слабоумие. Увеличение поверхностного слоя глии.



Рис. 465. Старческое слабоумие. Изменения в коре мозга — разрежение клеточных элементов.

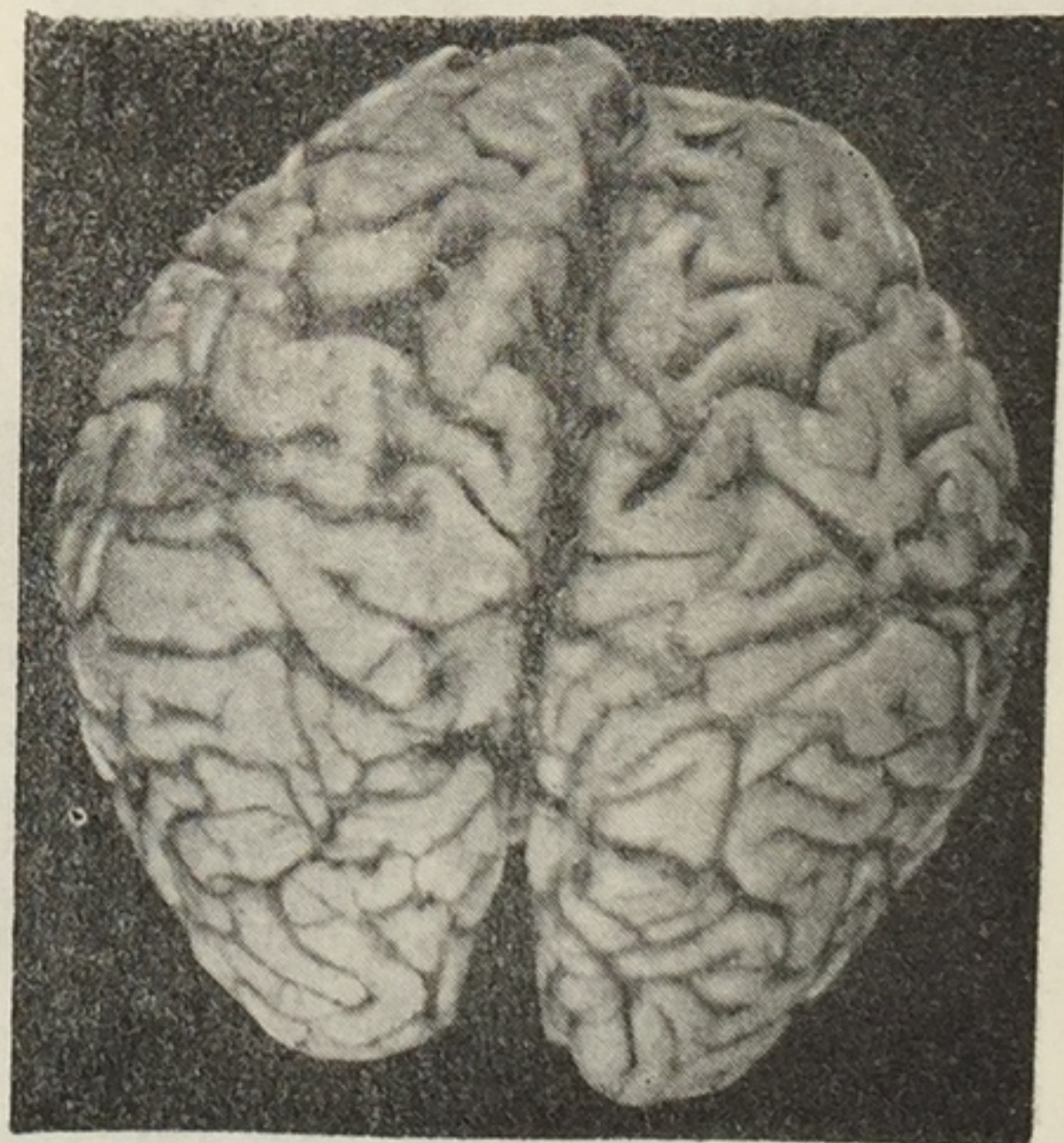
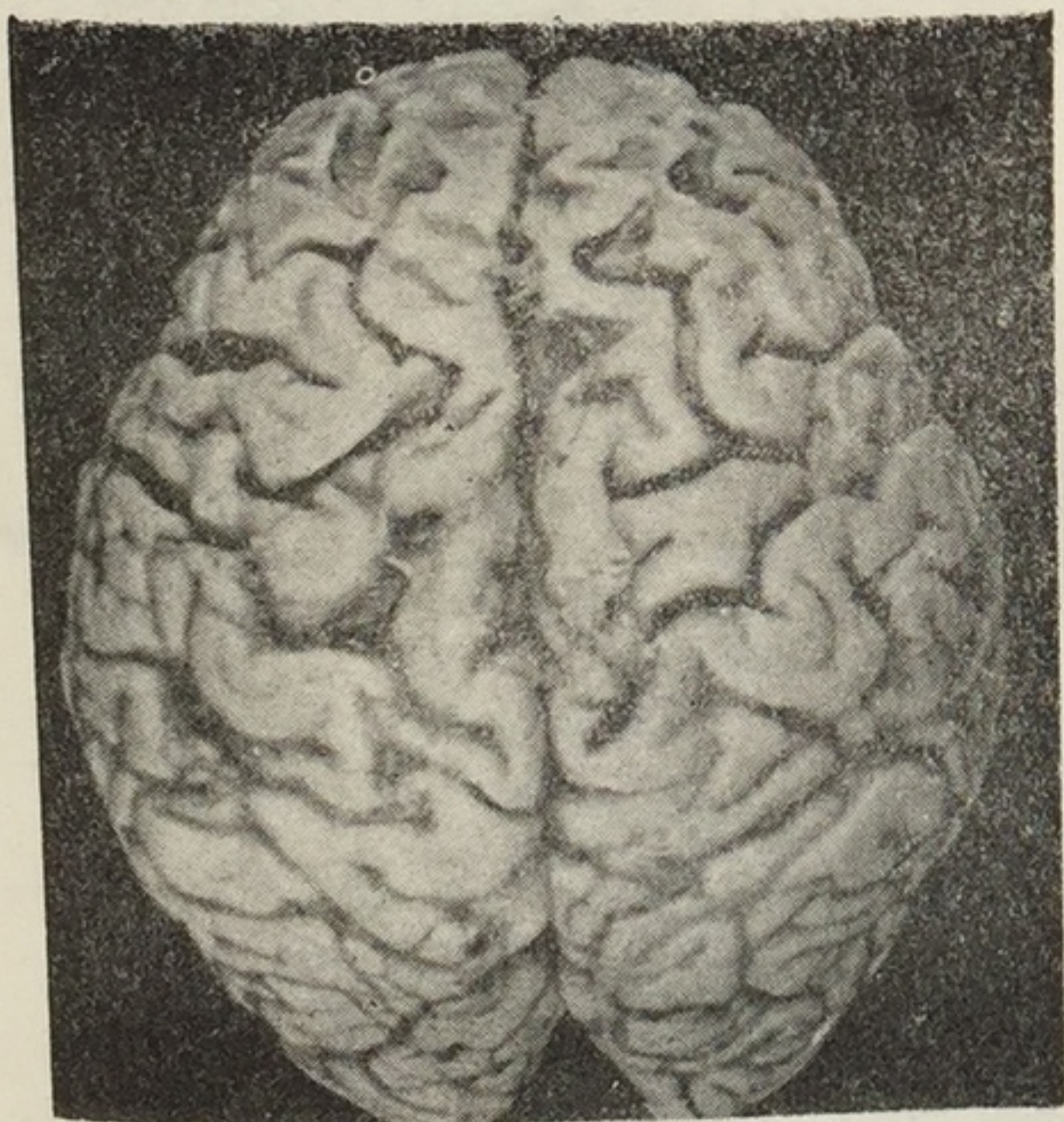


Рис. 466, 467. Болезнь Пика. Атрофические изменения коры (лобно-височные доли).  
Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад.  
И. П. Павлова.



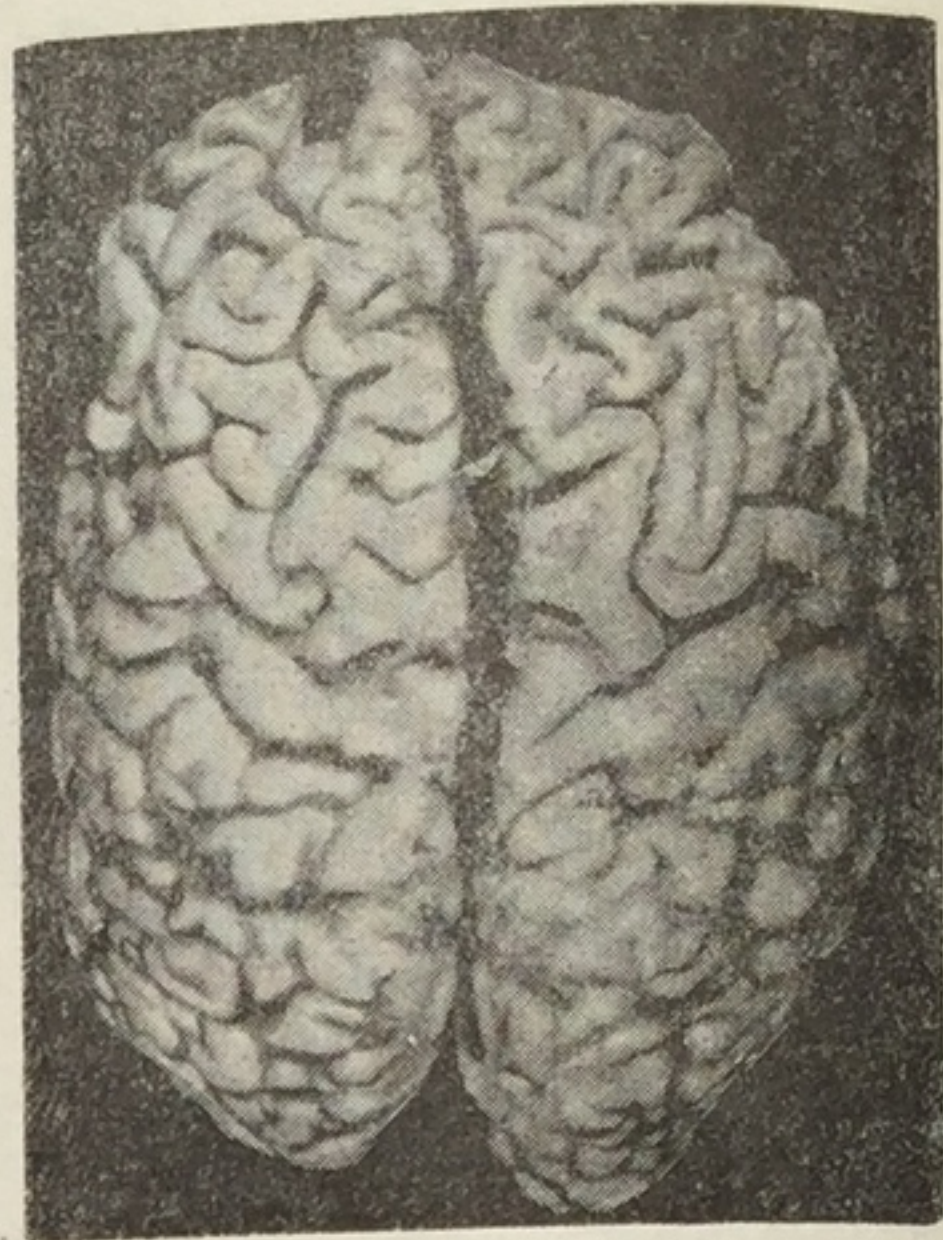
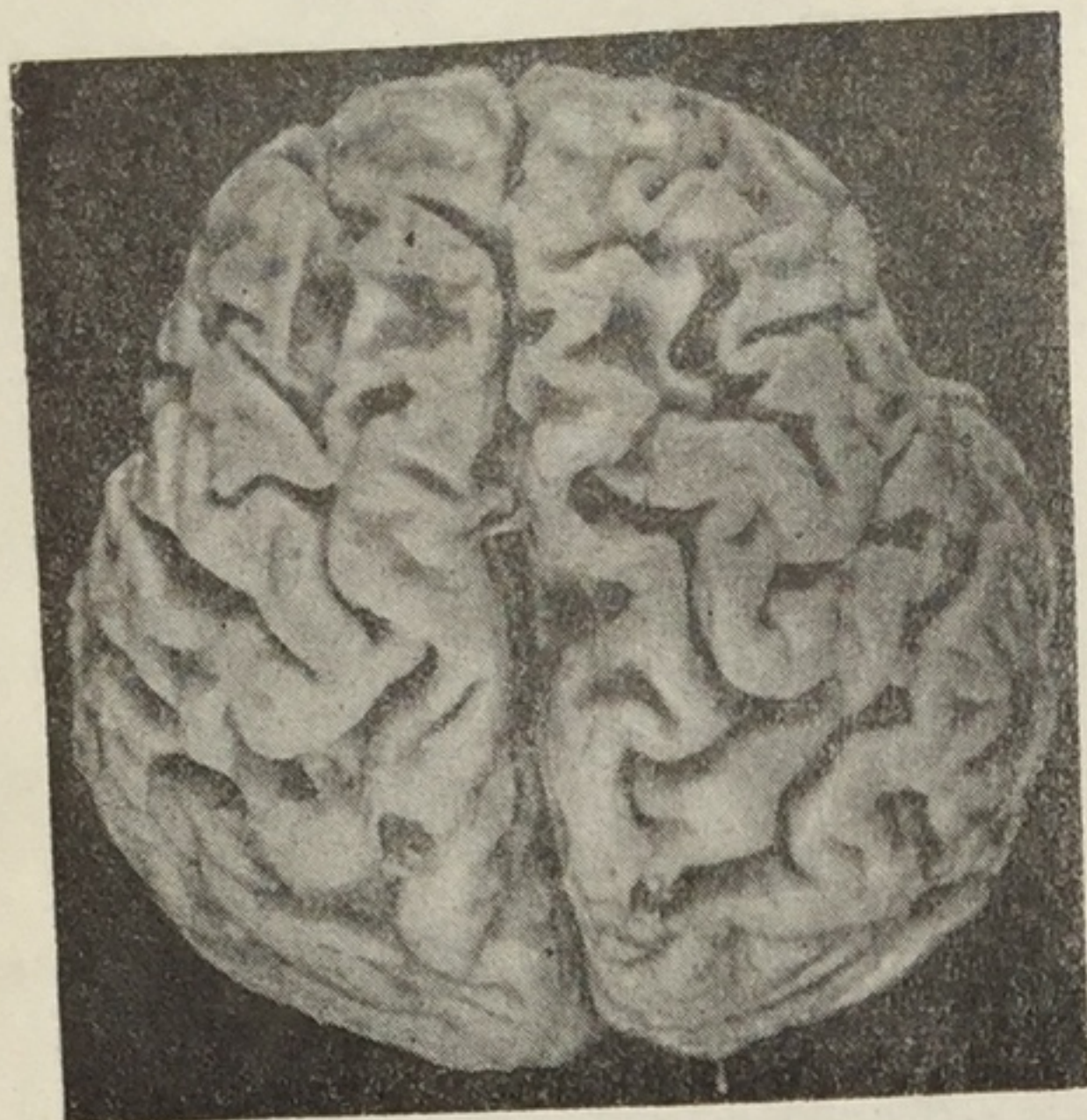
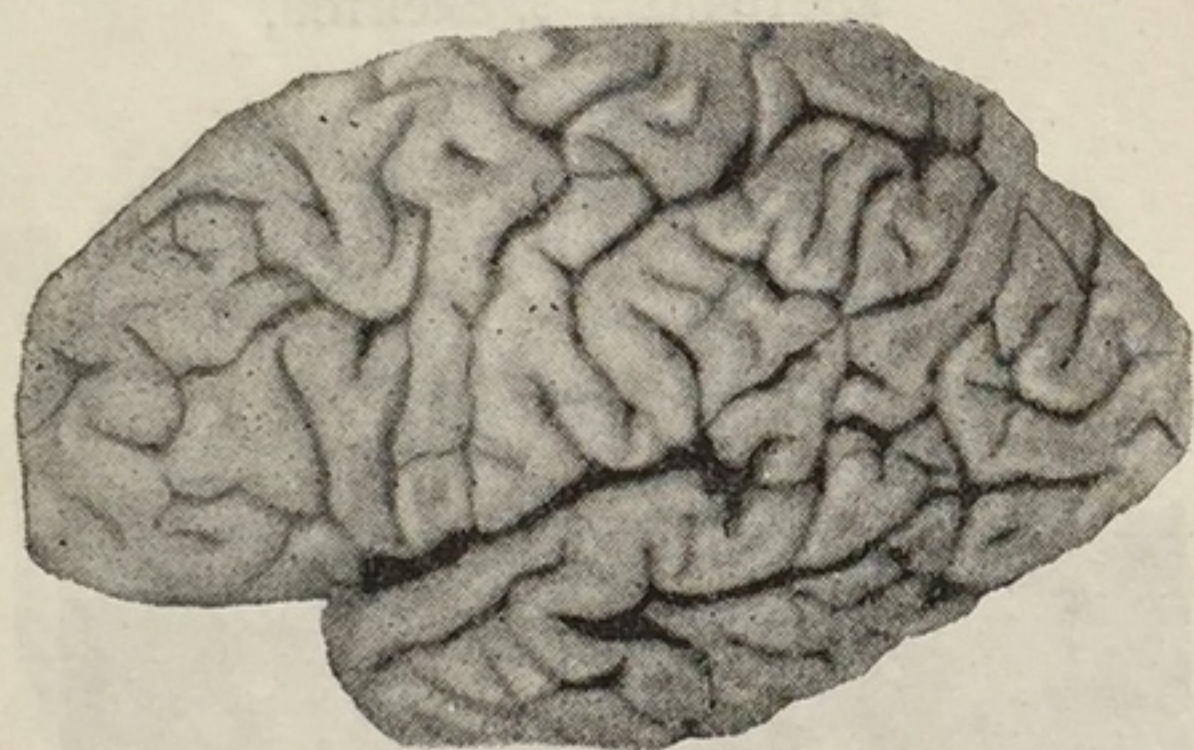
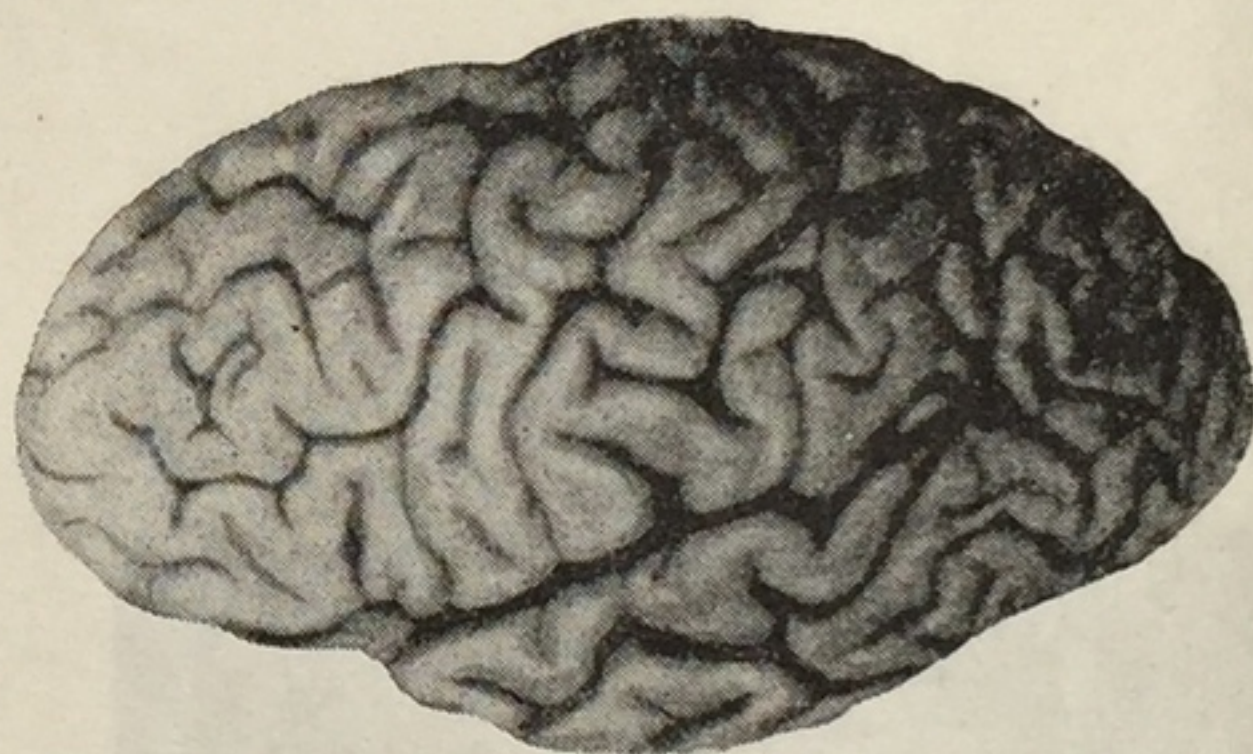


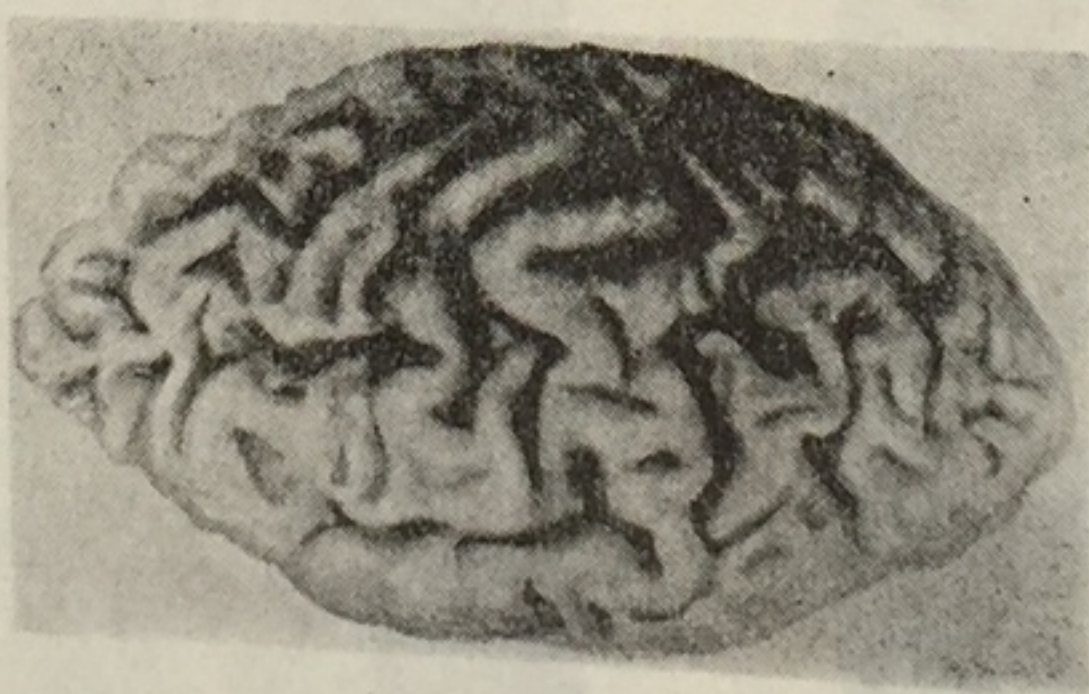
Рис. 468, 469. Болезнь Альцгеймера. Диффузная атрофия коры. Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад. И. П. Павлова.



1



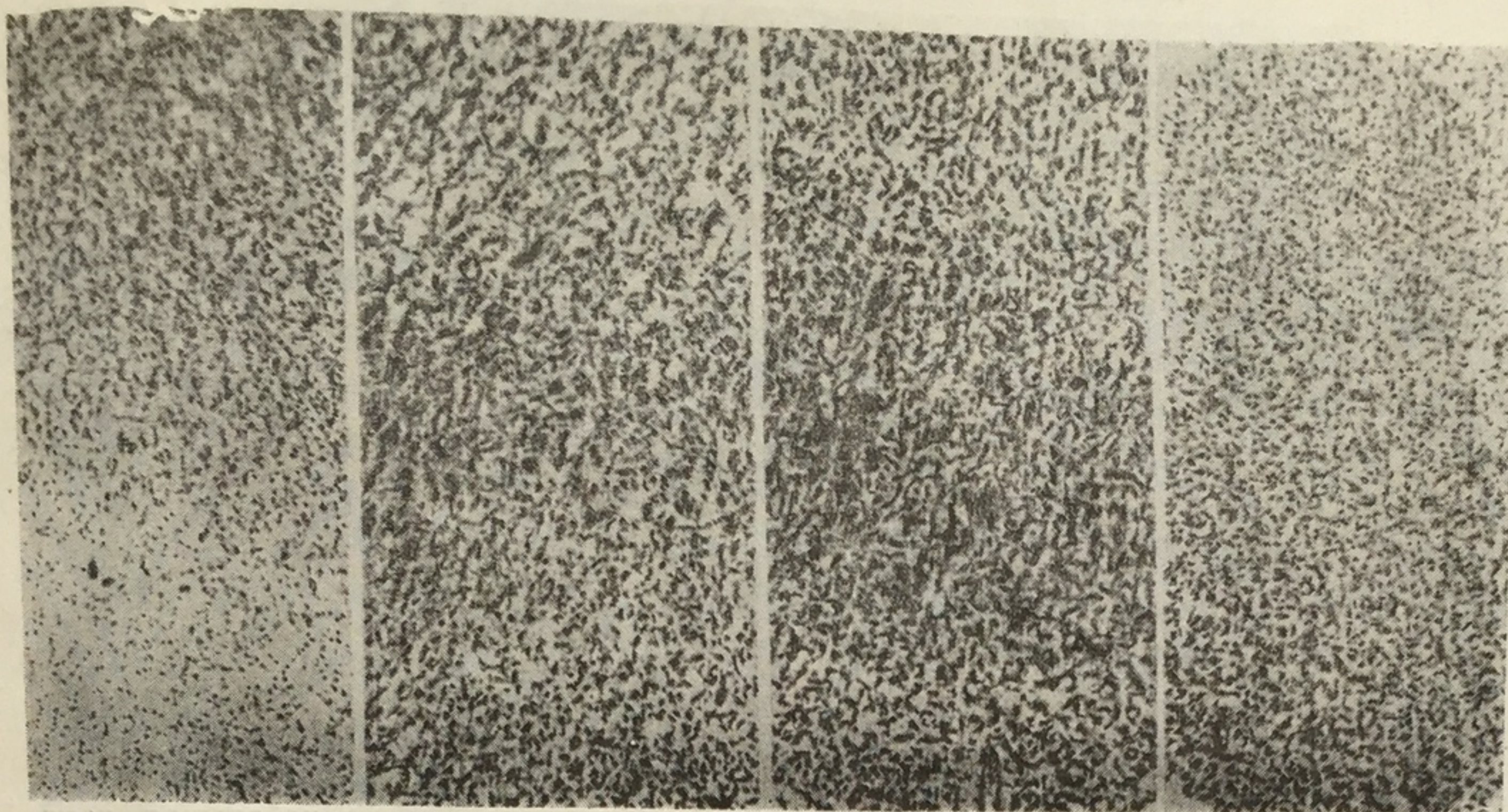
2



3

Рис. 470. 1. Нормальный мозг.  
2. Атрофия мозга при болезни Альцгеймера, особенно выступающая в теменной, височной и затылочной долях (вес мозга 1018 г).  
3. Атрофия мозга при болезни Пика. Особенно глубоко поражаются лобные доли (вес мозга 827 г).  
В. Н. Русских и В. В. Русских. Анализ структурных изменений и патогенез болезней мозга., М., 1959.





1

2

3

4

Рис. 471. Болезнь Альцгеймера.

1. Ангулярная извилина. Тяжелая атрофия клеток. Поле 39.
  2. Первая височная извилина. Глубокие изменения коры. Поле 22. Дистрофия клеток, пролиферация глии и сосудов.
  3. Вторая височная извилина. Деформация клеток, запустение. Разрастания глии в поле 21.
  4. Третья височная извилина. Поле 20. Большая дистрофия клеток. Сильнее страдают 2-й и 3-й слои.
- В. Н. Русских и В. В. Русских. Анализ структурных изменений и патогенез болезней мозга. М., 1959.

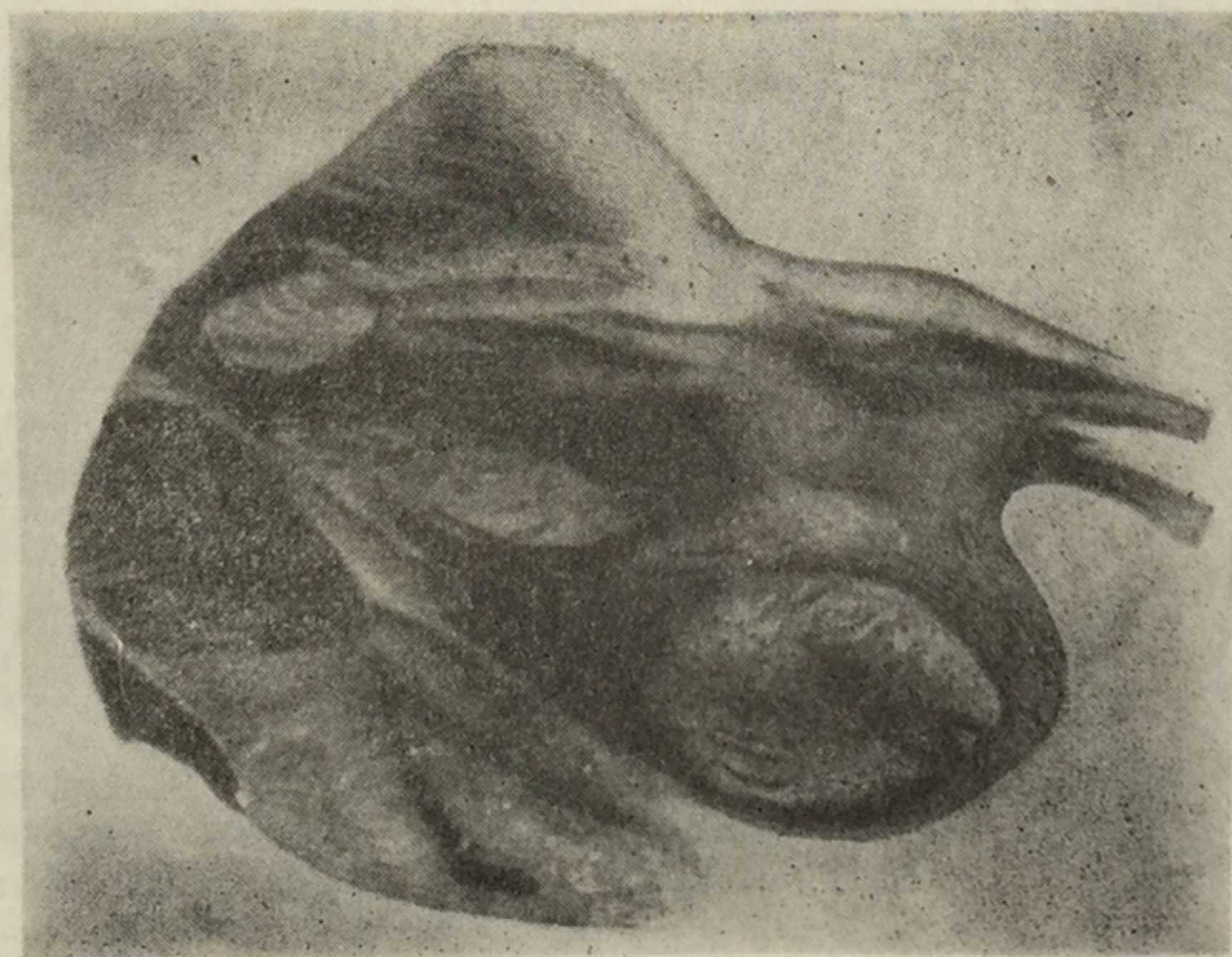
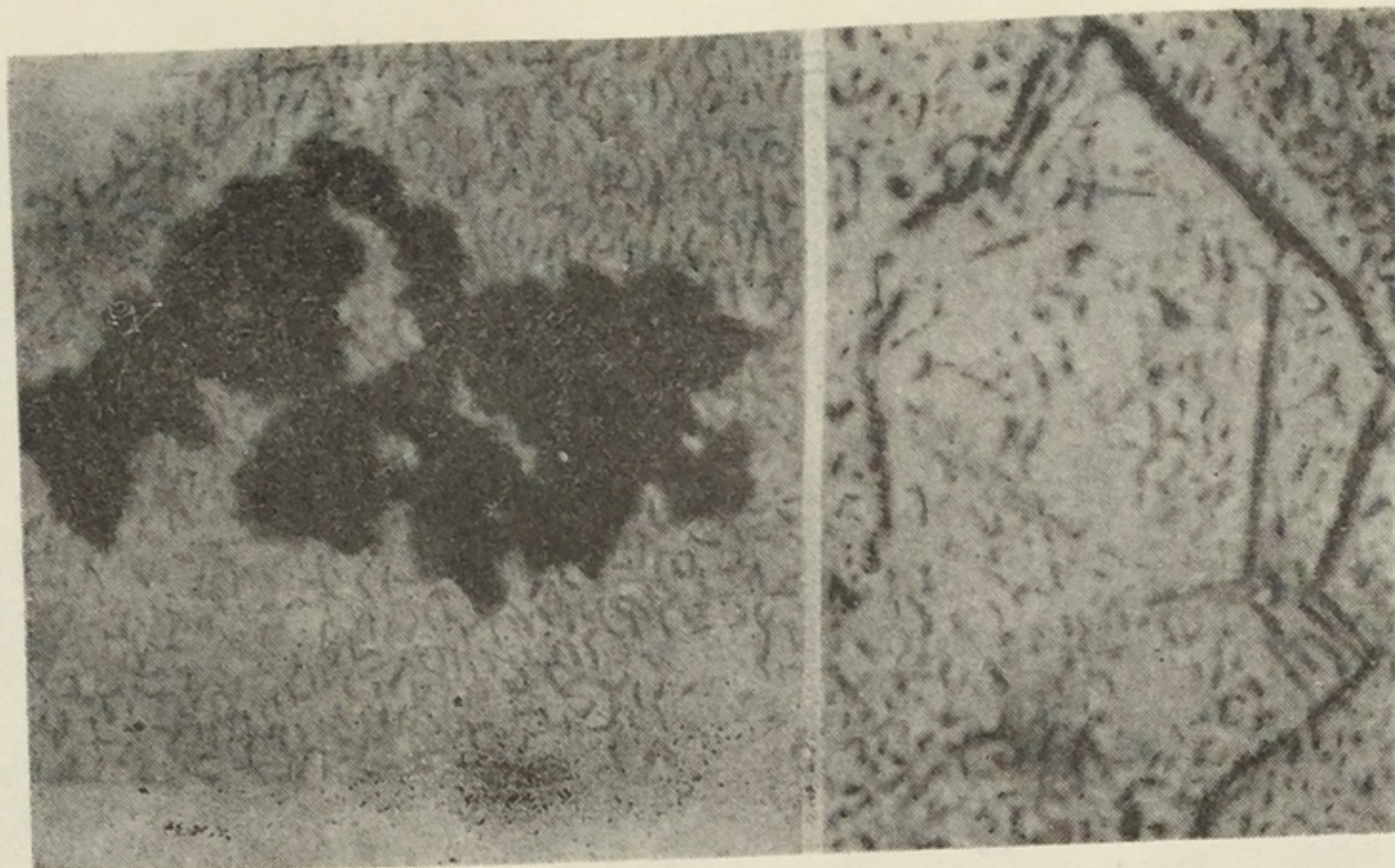


Рис. 472. Болезнь Пика. Перерождение лобно-мостовых систем. Там же.





1

2

Рис. 473. Болезнь Пика.

1. Большое скопление липоидов в верхних слоях коры. Только небольшая часть жира в коре окрашивается в черный цвет осмиевой кислотой.

2. При воздействии серной кислотой на скопляющиеся в коре липоиды образуются кристаллы, близкие по форме к холестерину.

Там же.

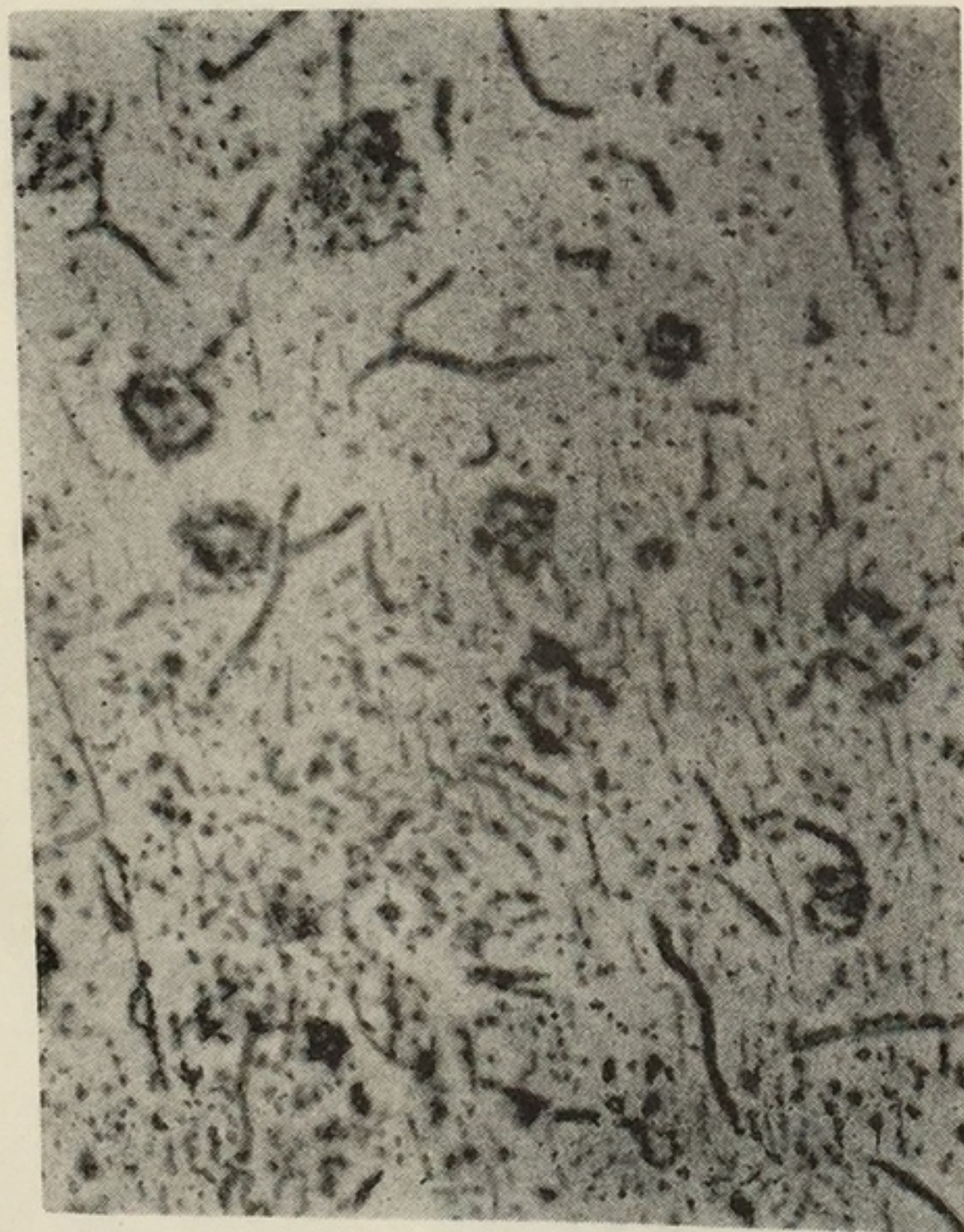


Рис. 474. Старческие бляшки. К. Б. Красовский. Патологическая анатомия заболеваний головного мозга, 1957.



Рис. 475. Старческая бляшка при большом увеличении.  
З. Мисливечек (Zdeněk Mysliveček). Частная психиатрия, 1959, Прага.



## ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

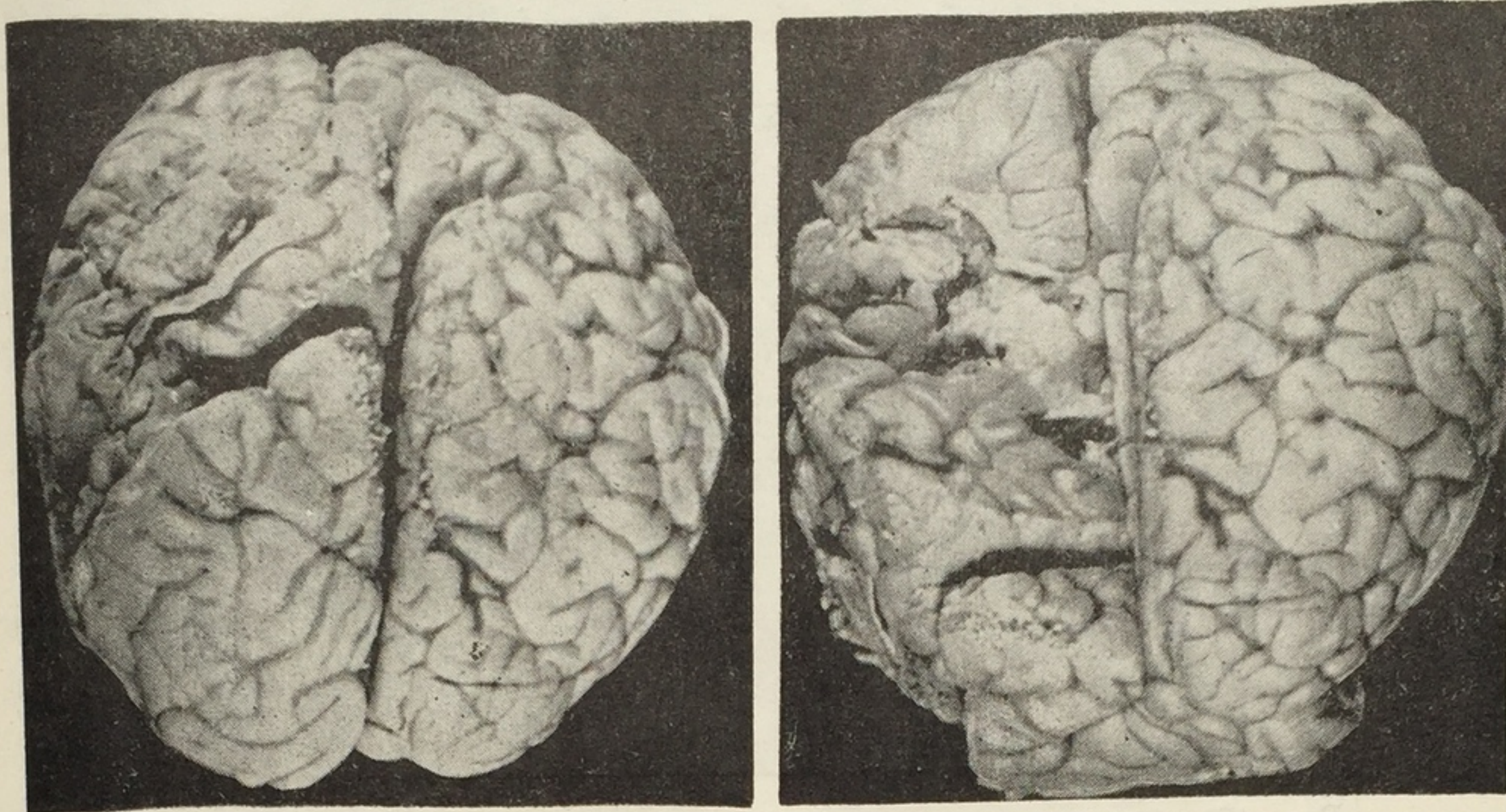


Рис. 476, 477. Травматическая эпилепсия. Очаги травматического повреждения мозга. Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад. И. П. Павлова.



Рис. 478. Травматическая церебропатия. «Червоточины» поверхности полушария.

П. Е. Снесарев. Теоретические основы патологической анатомии психических болезней. 1950.





Рис. 479. Травматическая церебропатия. Образование ворсинчатых выступов глиозной ткани, покрытых чехлами из аргирофильных волокон.  
Там же.

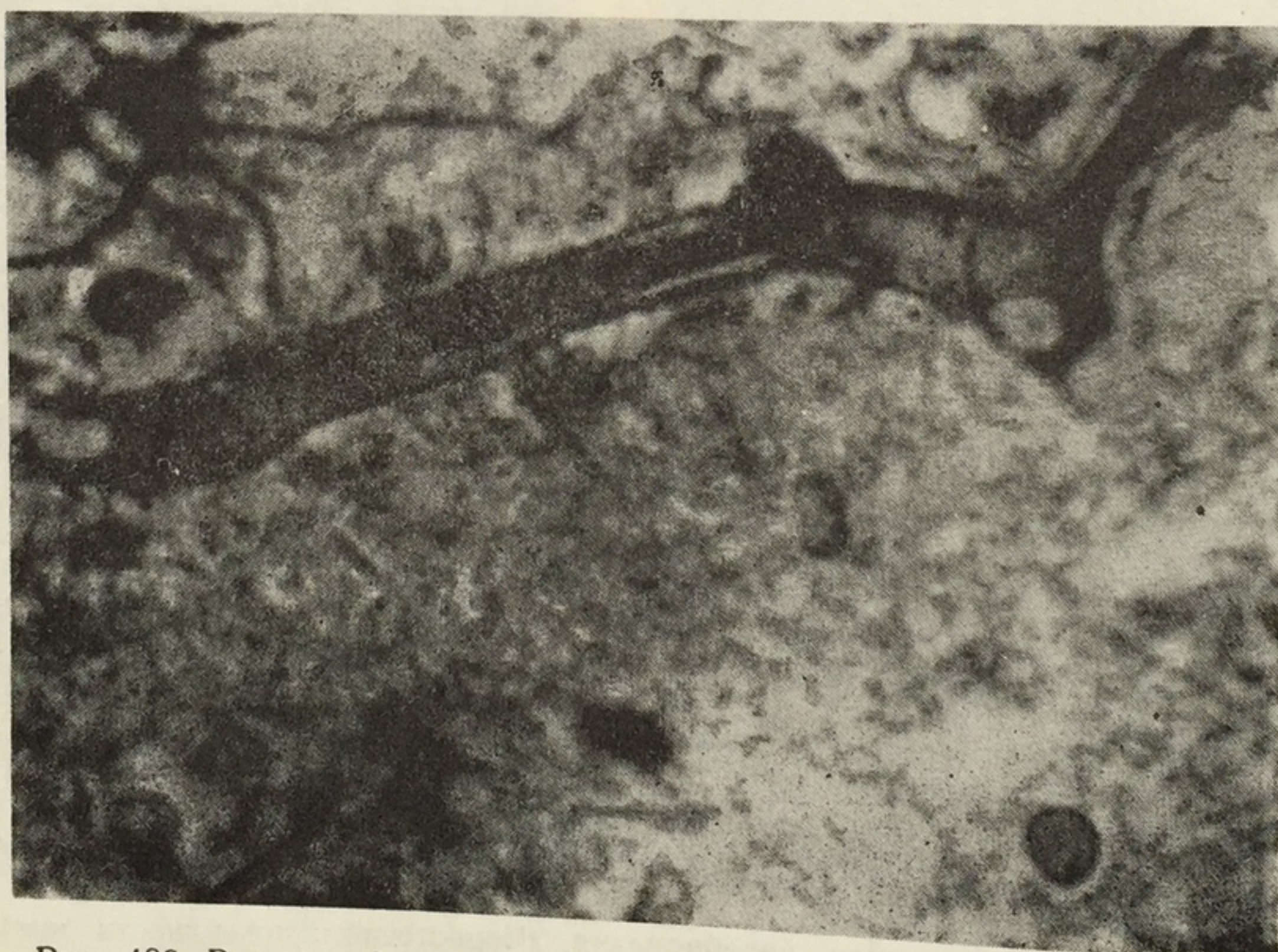


Рис. 480. Вторичный травматический шок. Образование гиалиновых шаров в просвете капилляров.  
Там же.



## ЭПИЛЕПСИЯ

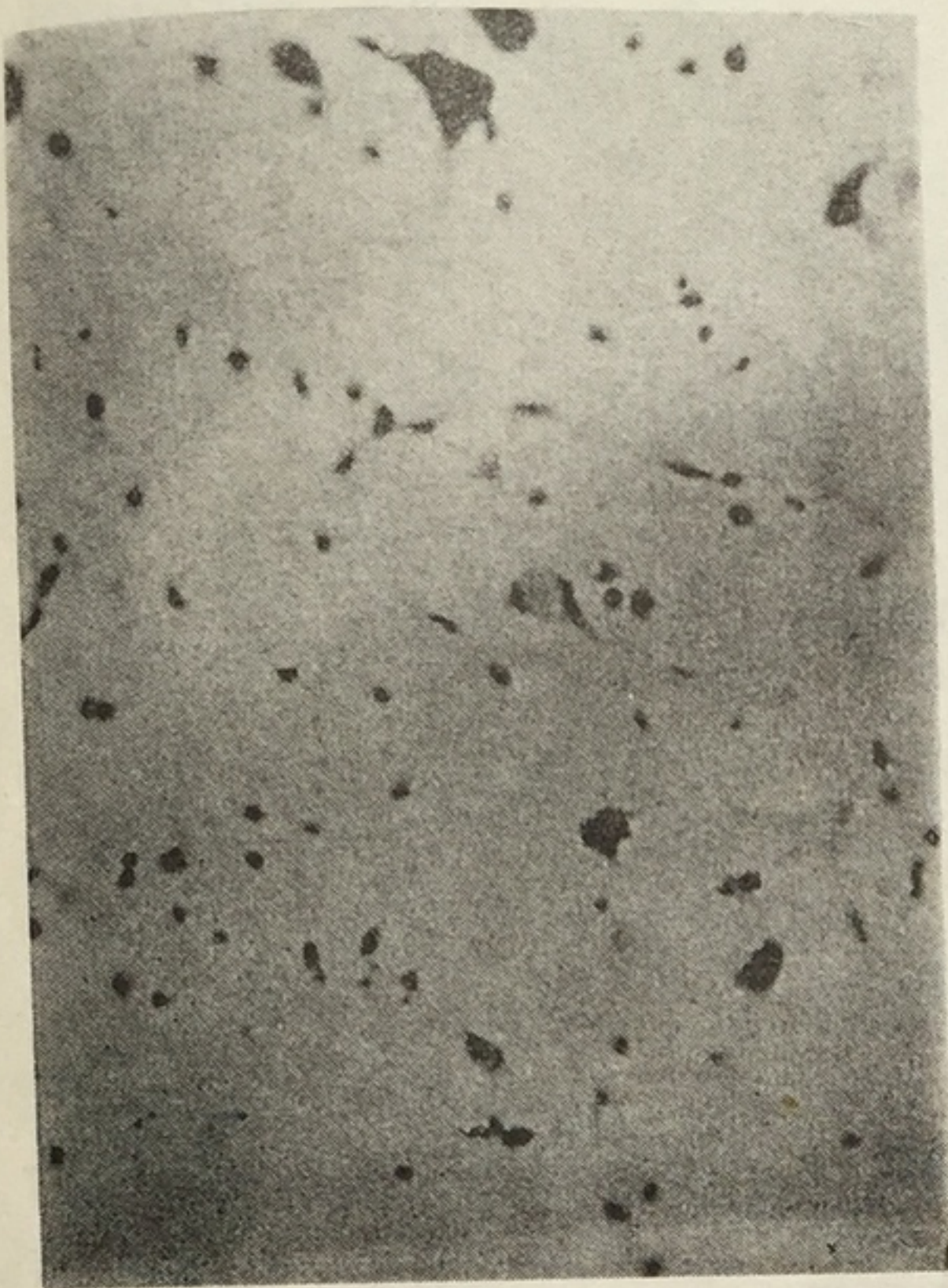


Рис. 481. Эпилепсия. Запустение аммониева рога.

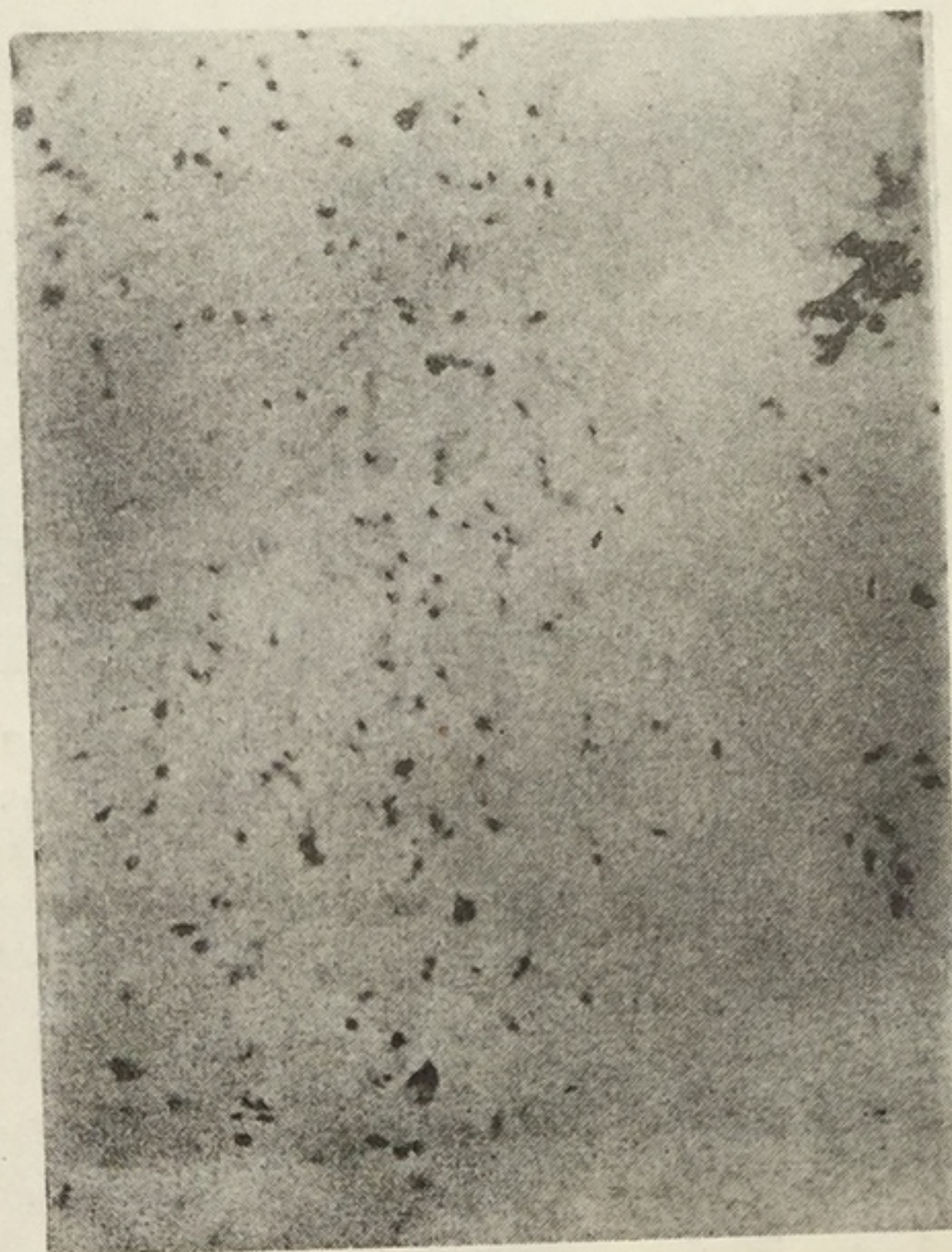


Рис. 482. Эпилепсия. Краевой глиоз.

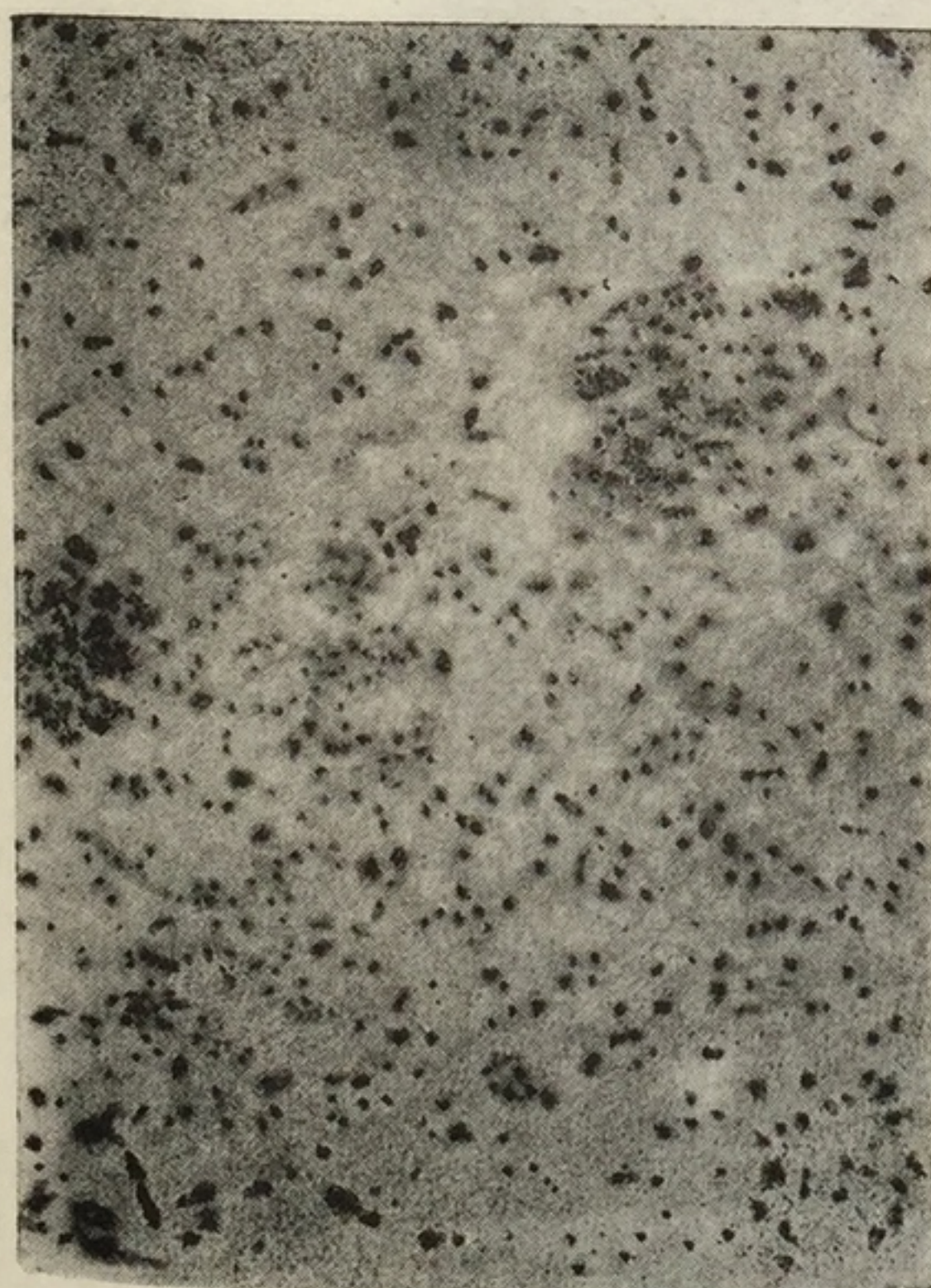


Рис. 483. Эпилепсия. Мелкие кровоизлияния в мозговой коре.

Е. Б. Красовский. Патологическая анатомия заболеваний головного мозга, 1957.

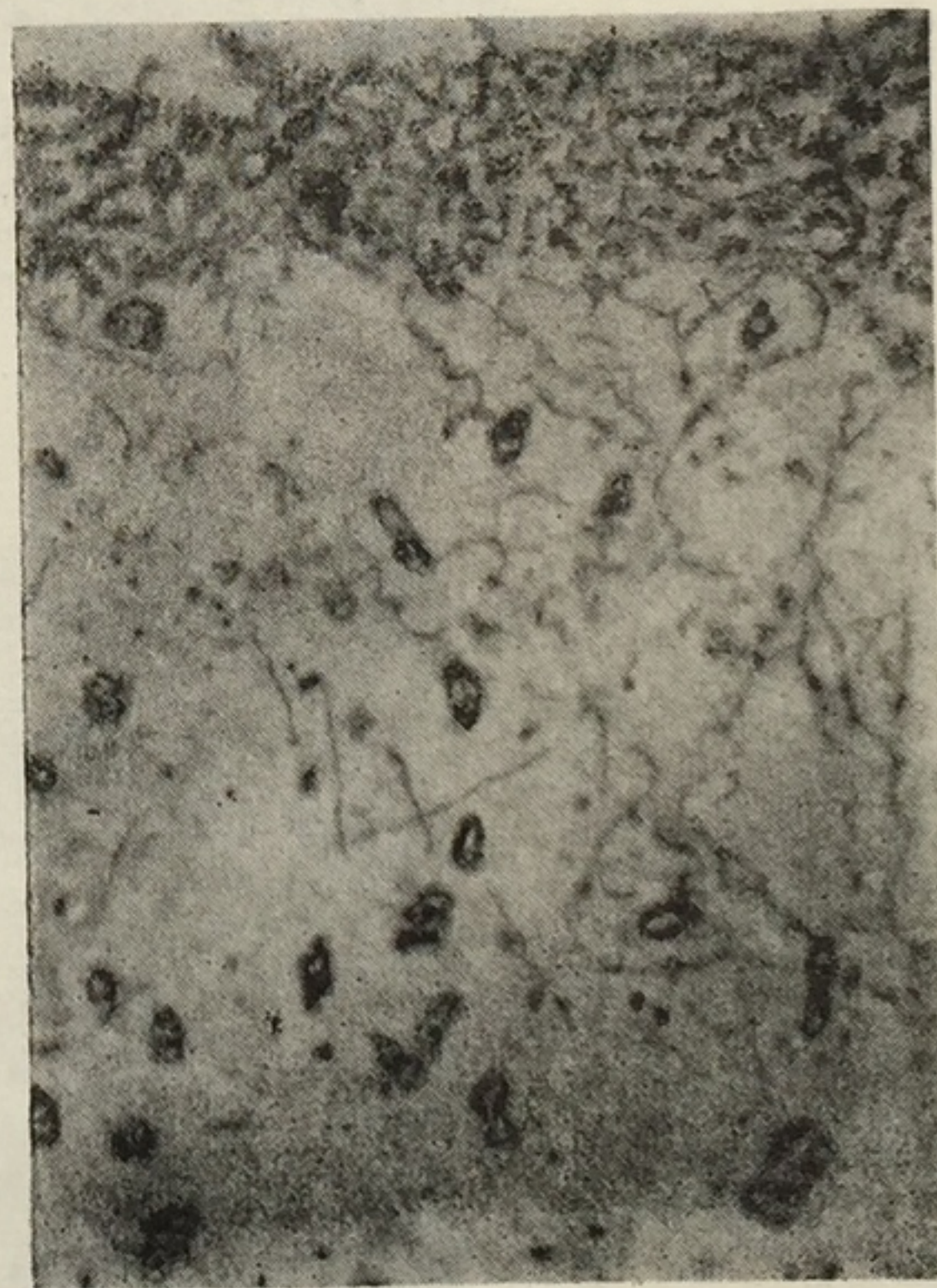


Рис. 484. Эпилепсия. Разрастание многочисленных глиальных волокон в мозговой коре.  
Там же.



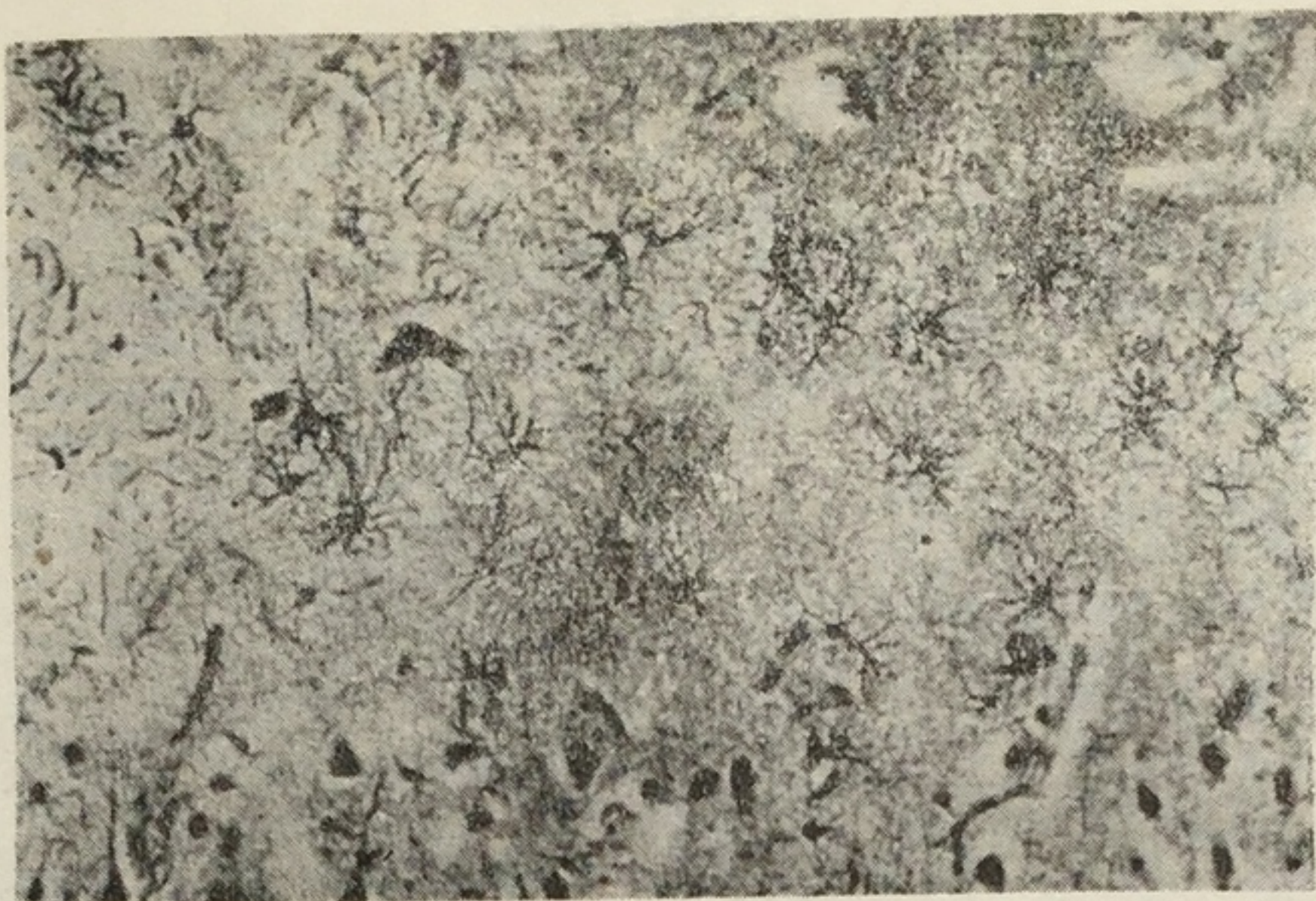


Рис. 485. Эпилепсия. Склероз аммониева рога.  
З. Мисливечек (Zdeněk Mysliveček). Частная психиатрия,  
1959, Прага.

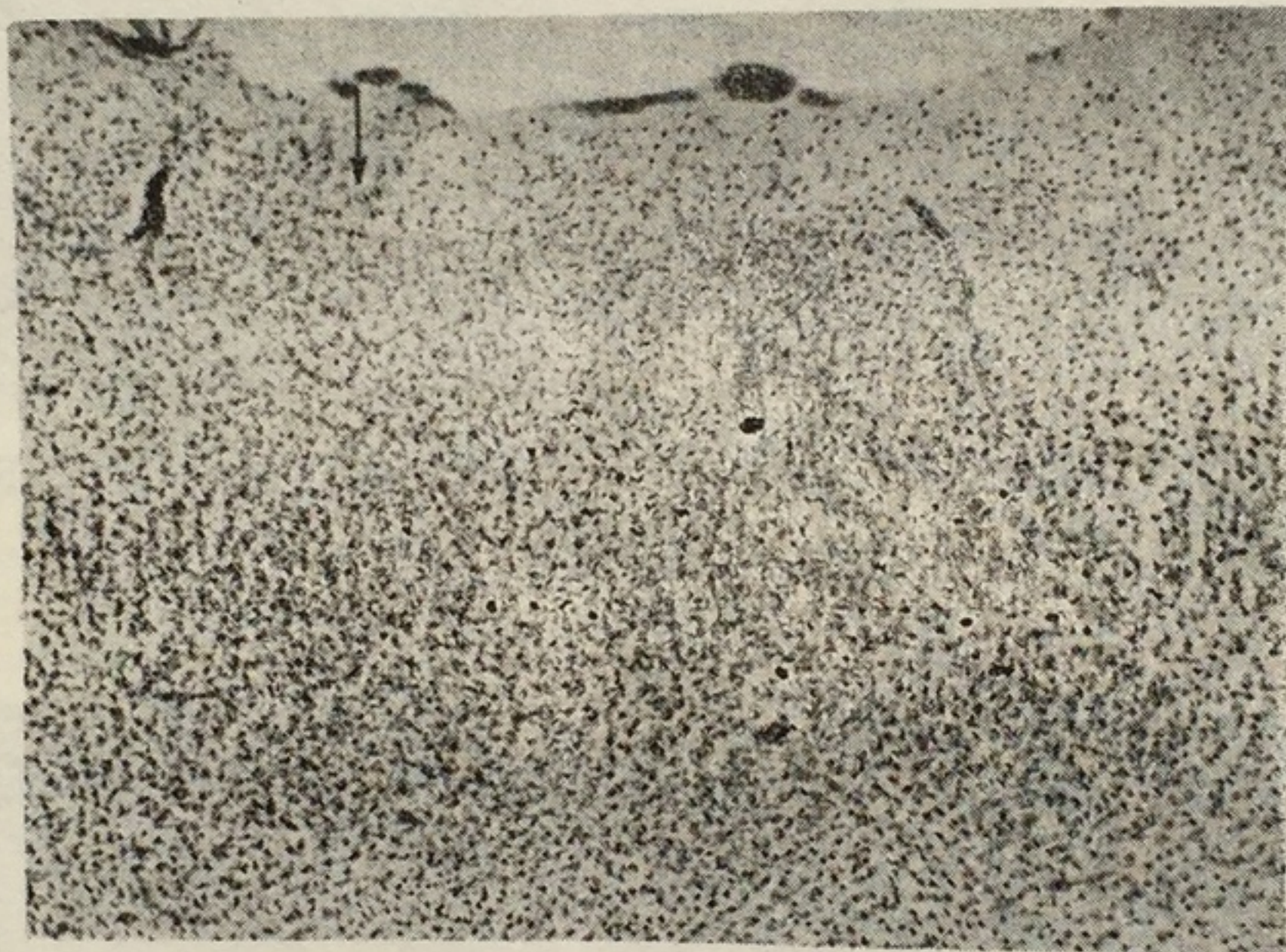


Рис. 486. Эпилепсия. Переход между здоровой и боль-  
ной корой.  
Там же.

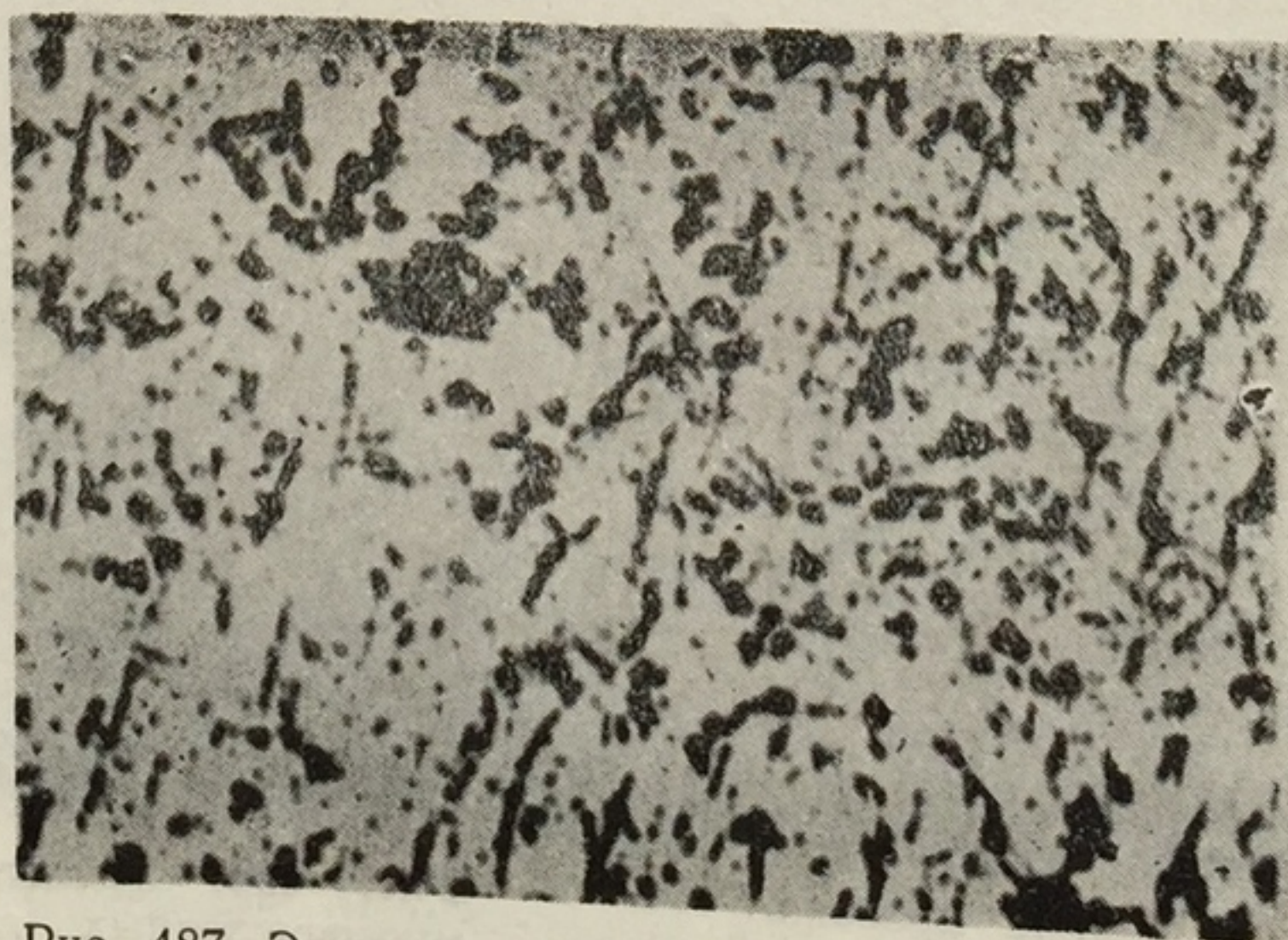


Рис 487. Эпилепсия. Гипертрофия и гиперплазия  
микроглии.  
Ст. Корний (St. Köpny). Гистопатология и кли-  
ническая симптоматология аноксически-сосудистых  
поражений мозга. 1955, Будапешт.

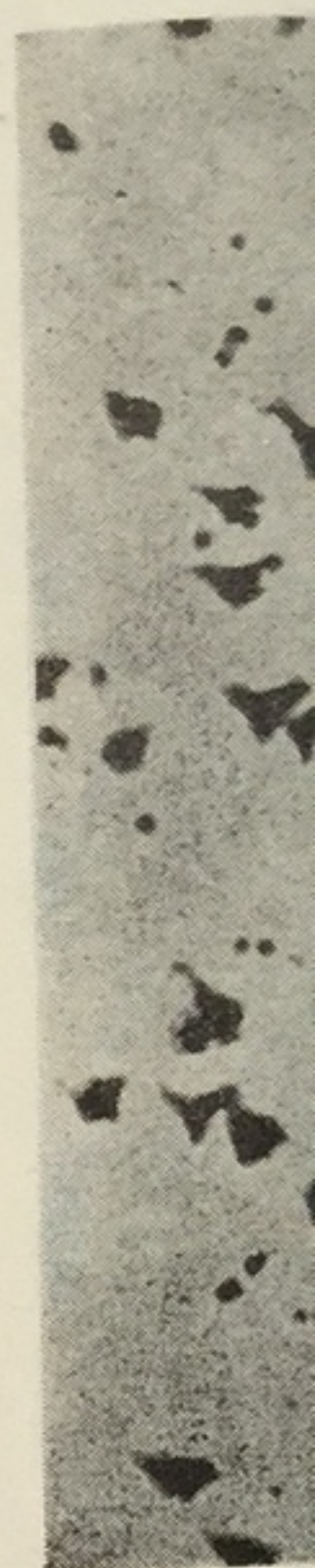


Рис. 488



## ШИЗОФРЕНИЯ



Рис. 488. Шизофрения. «Хронический» тип изменений клеток.

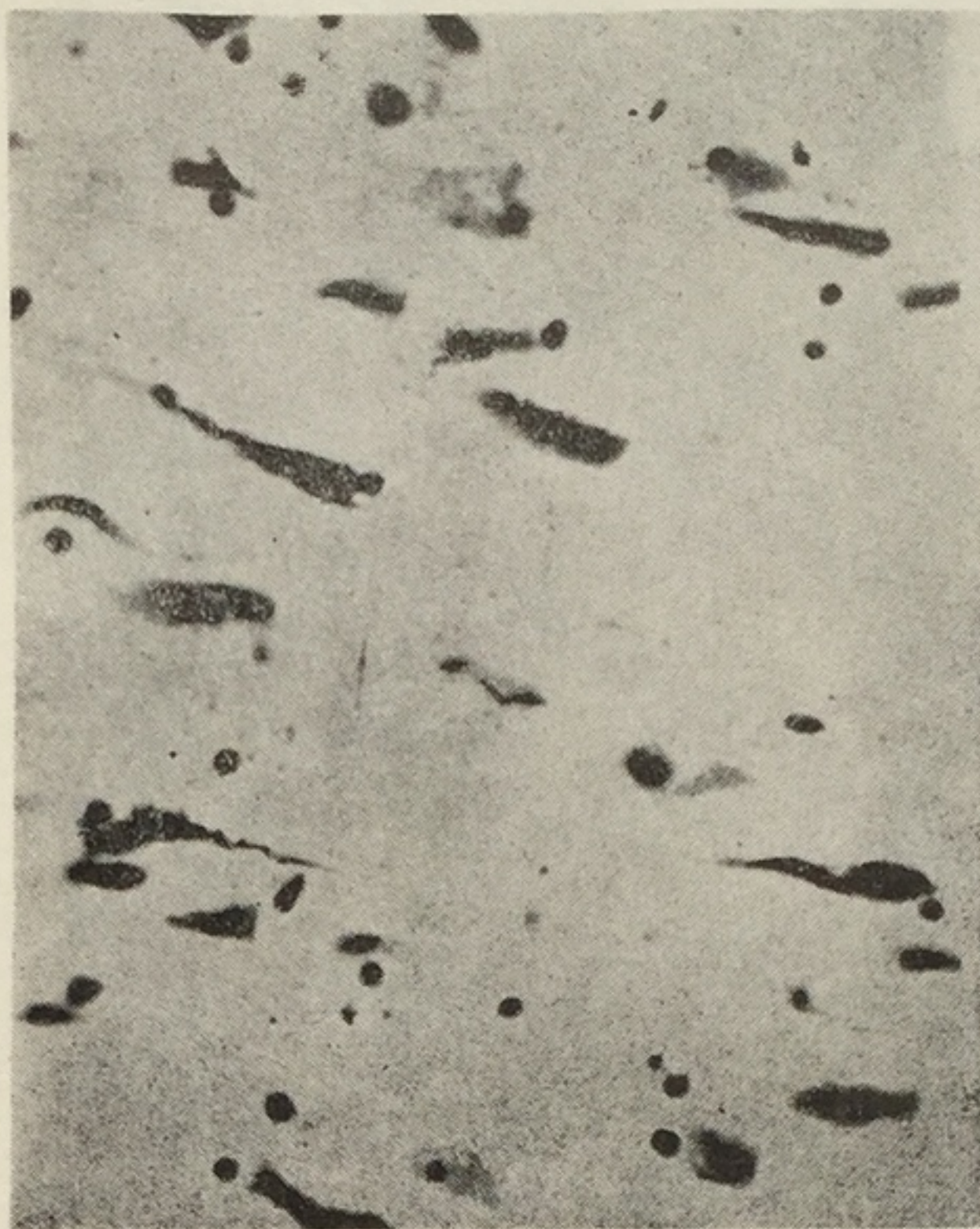


Рис. 489. Шизофрения. То же самое.



Рис. 490. Шизофрения. «Тяжелые» изменения клеток. Стрелка указывает пораженную клетку.



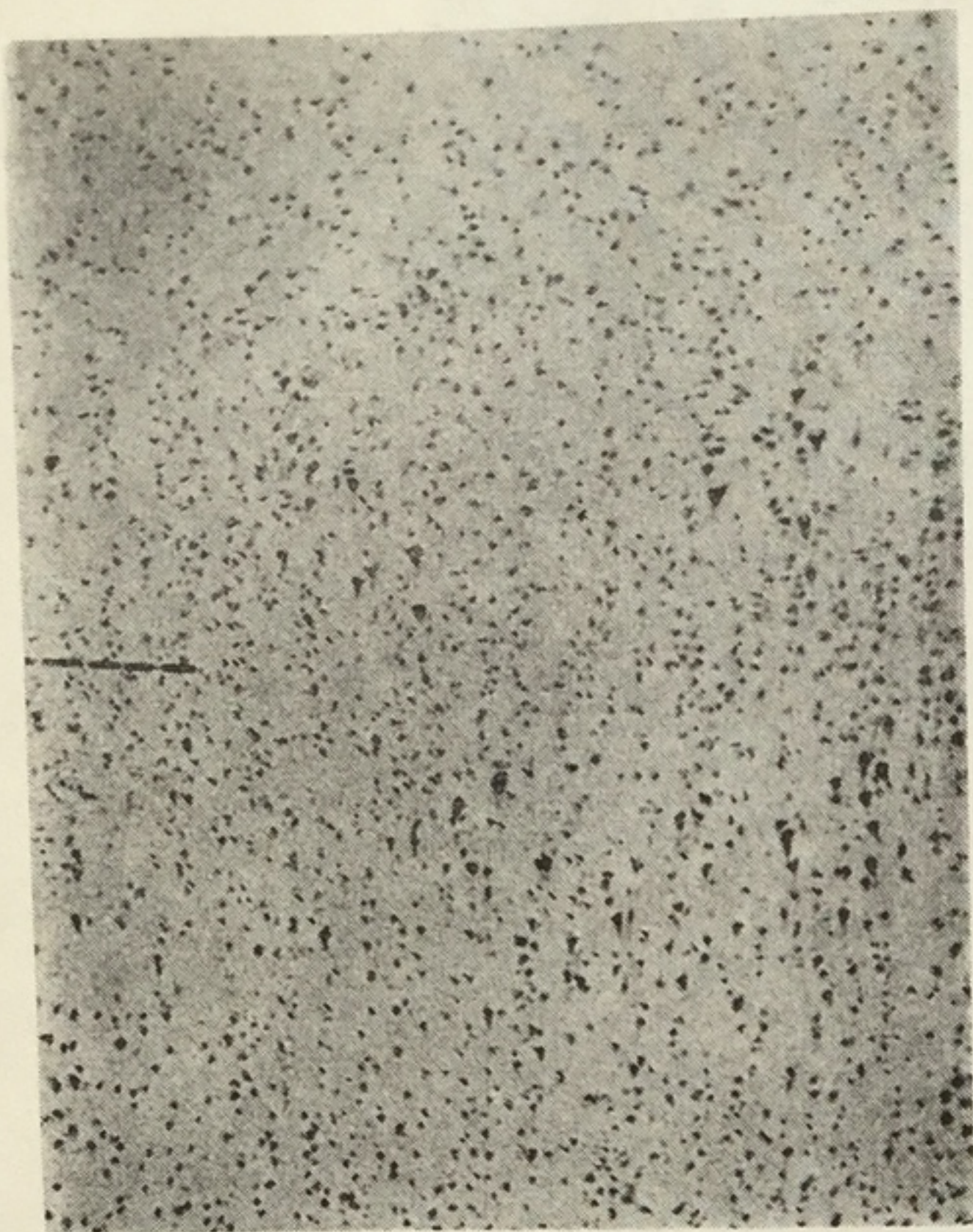


Рис. 491. Шизофрения. Стрелка указывает пятнистое выпадение в глубоких слоях коры.

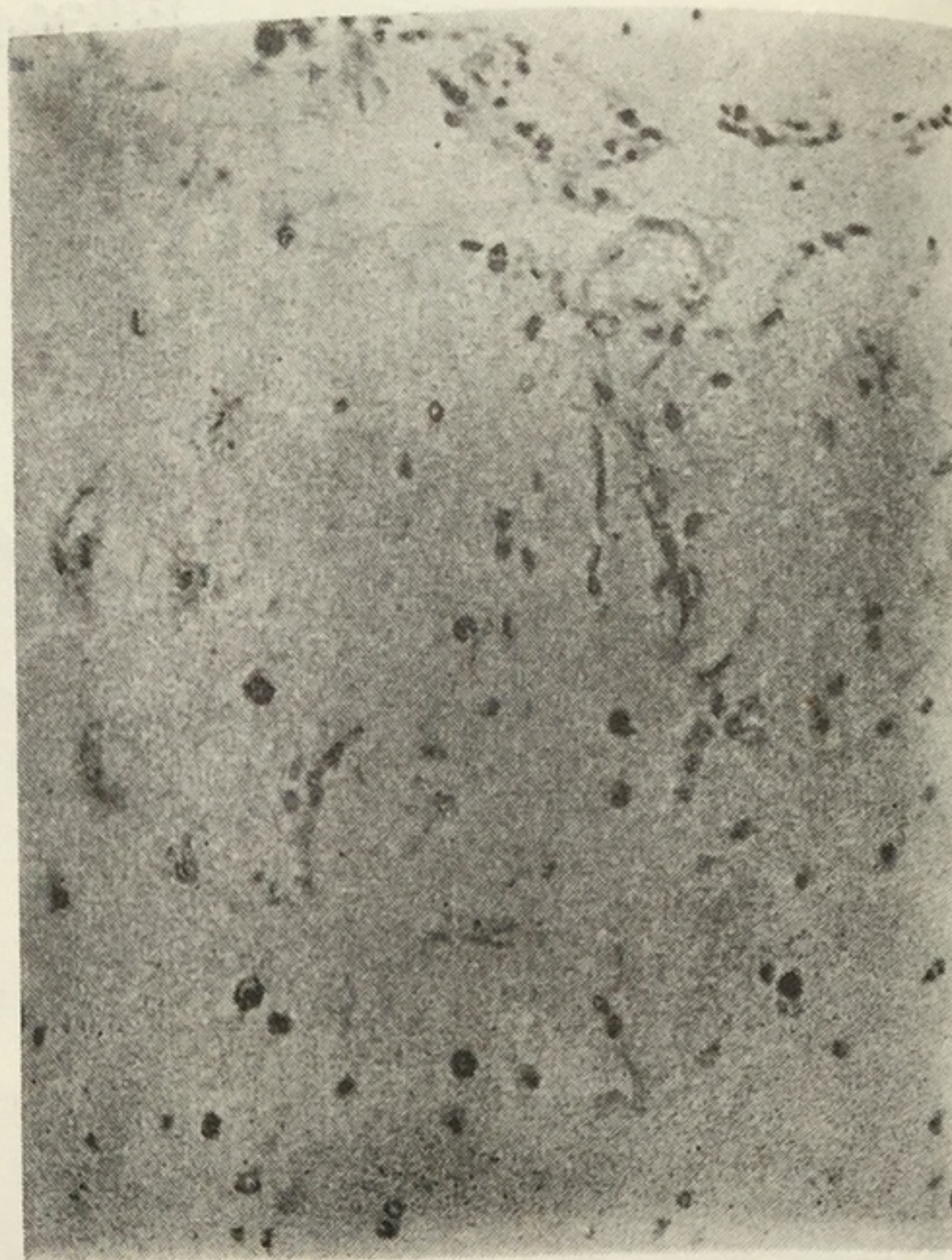


Рис. 492. Шизофрения. Поверхностное разрастание глии.

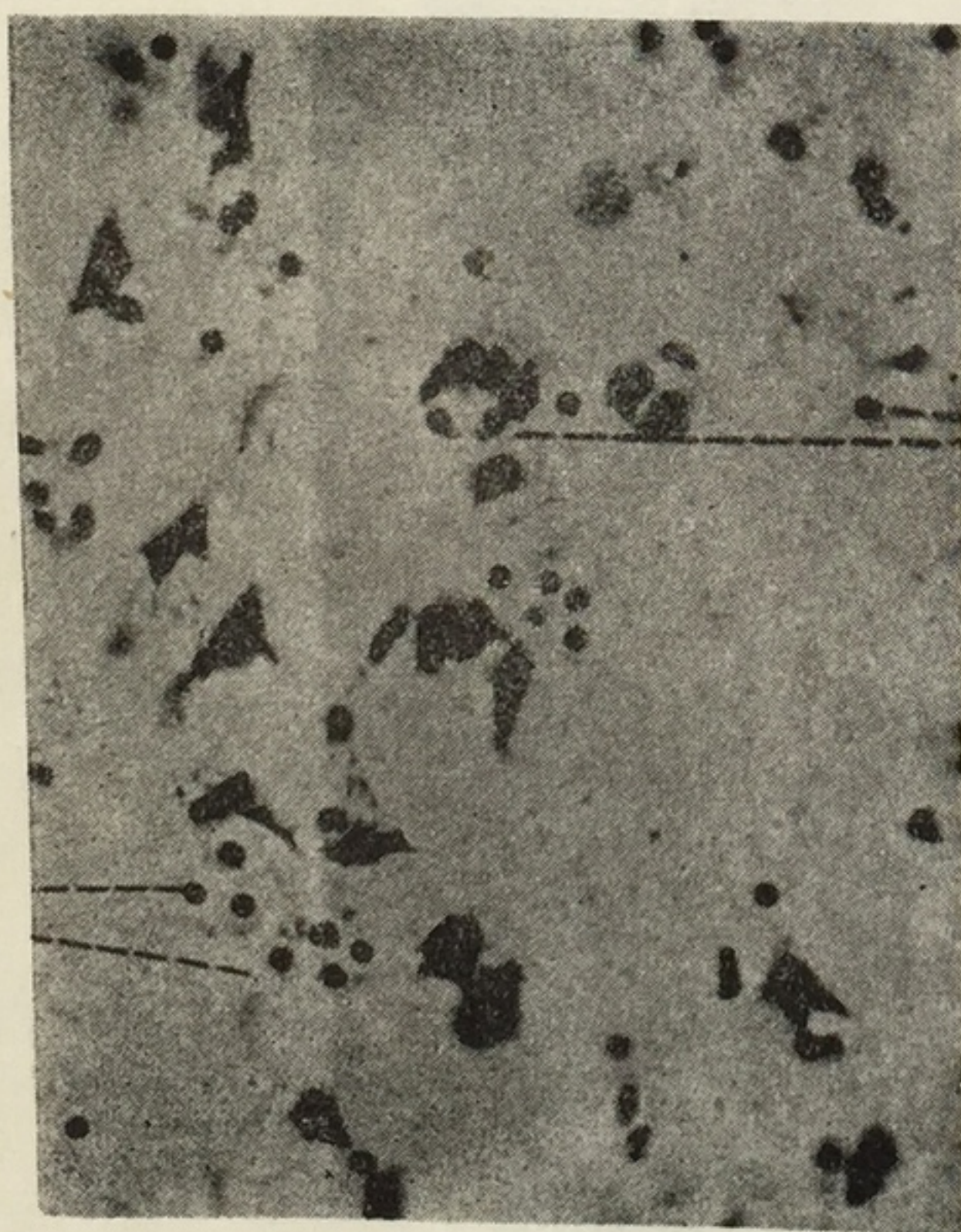


Рис. 493. Шизофрения. Стрелка указывает амeboидные глиозные клетки.

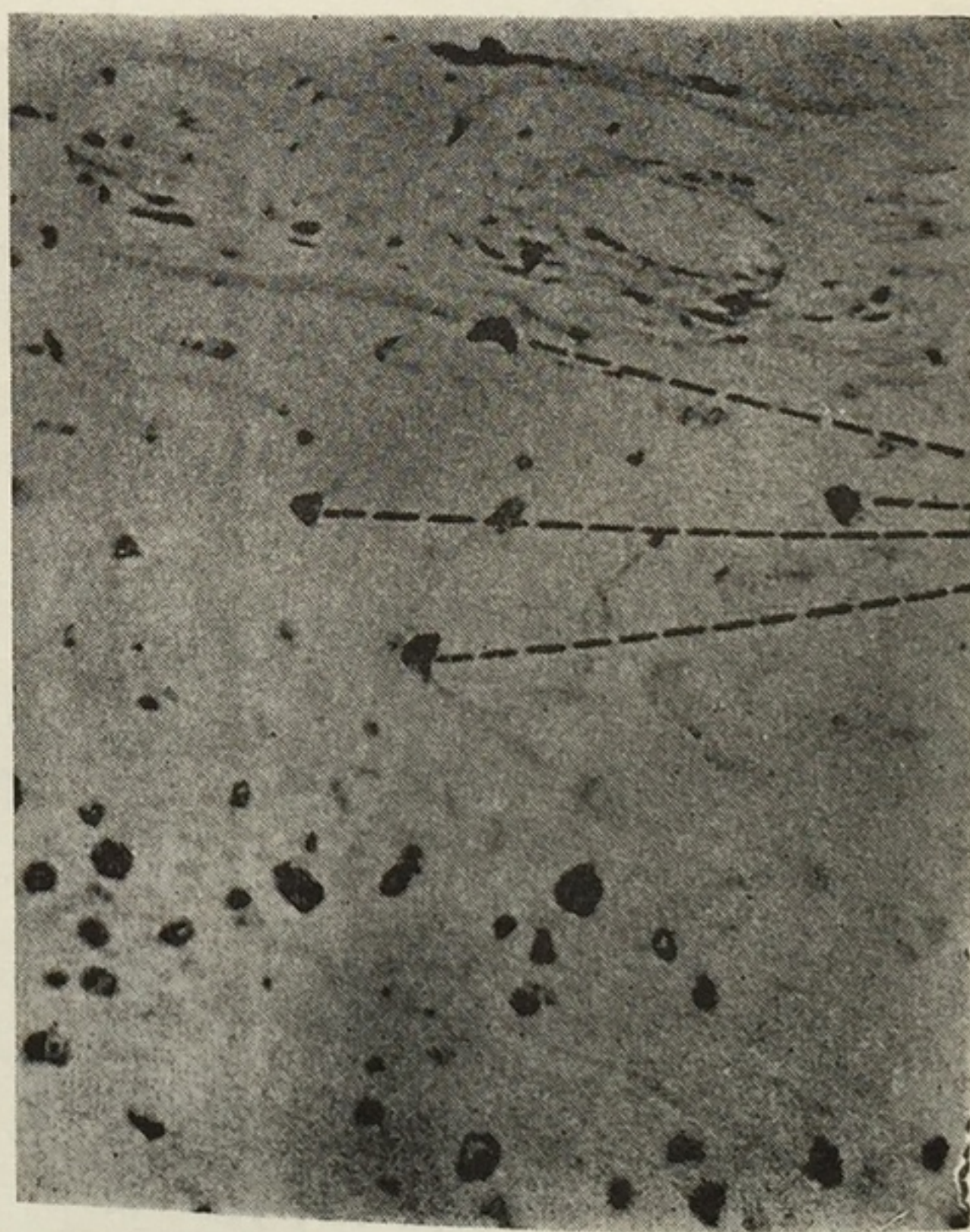


Рис. 494. Шизофрения. Клетки Кахала в молекулярной зоне.



Рис. 495

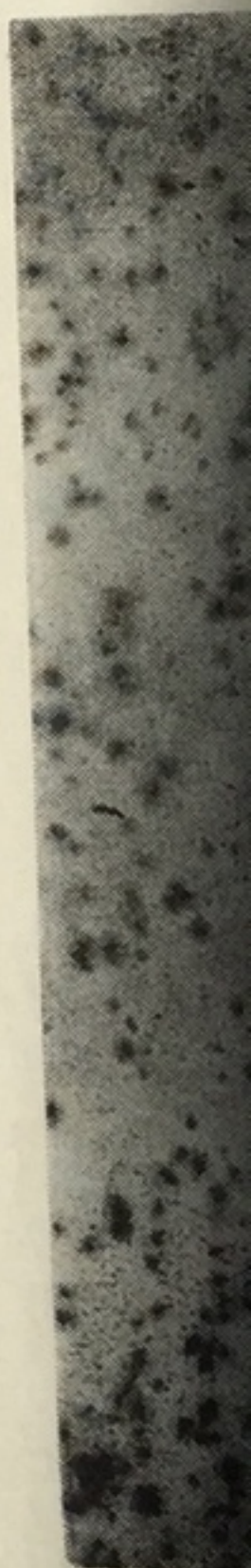


Рис. 4  
ная об  
1  
ловно



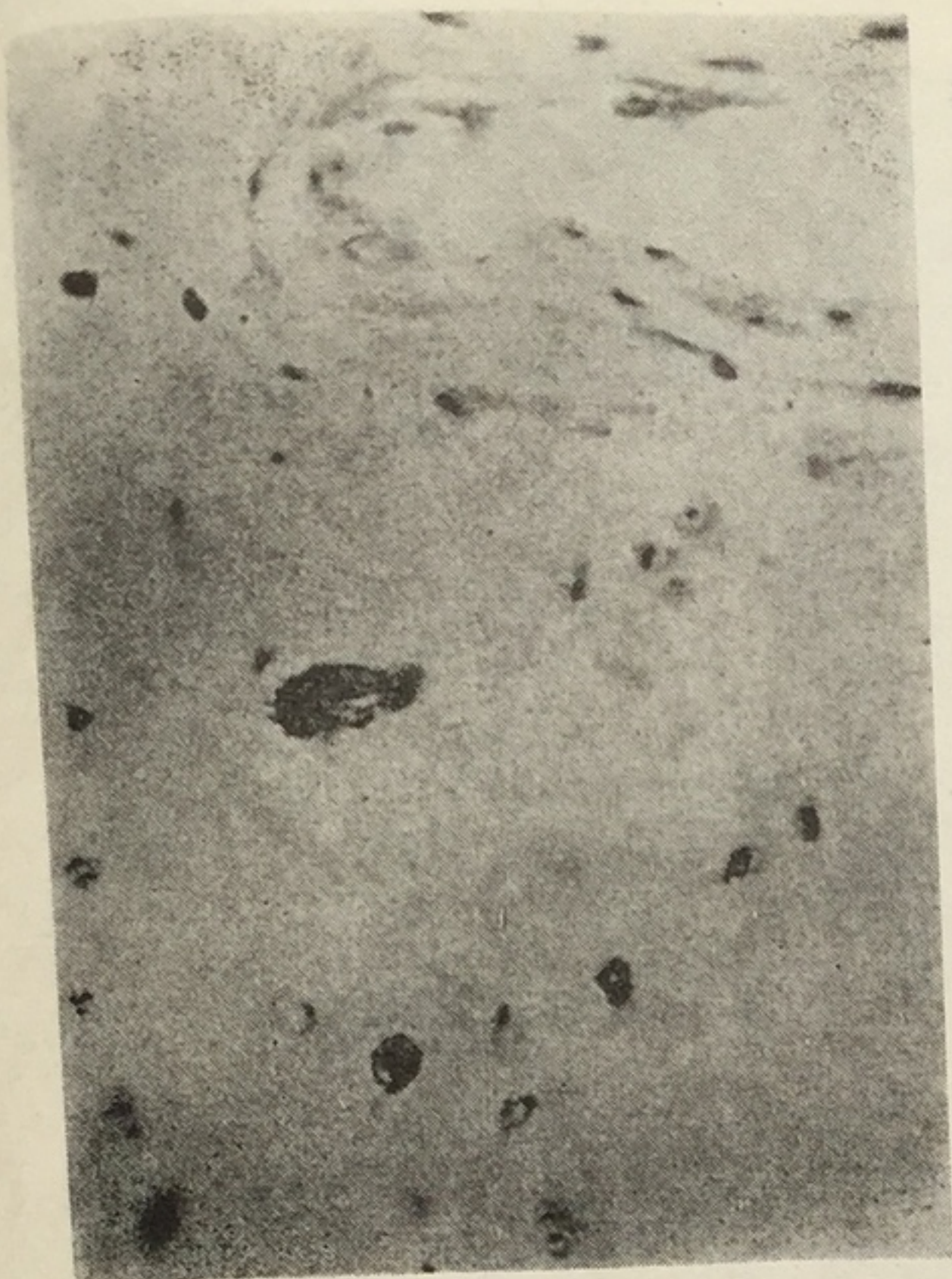


Рис. 495. Шизофрения. Клетка Кахала.

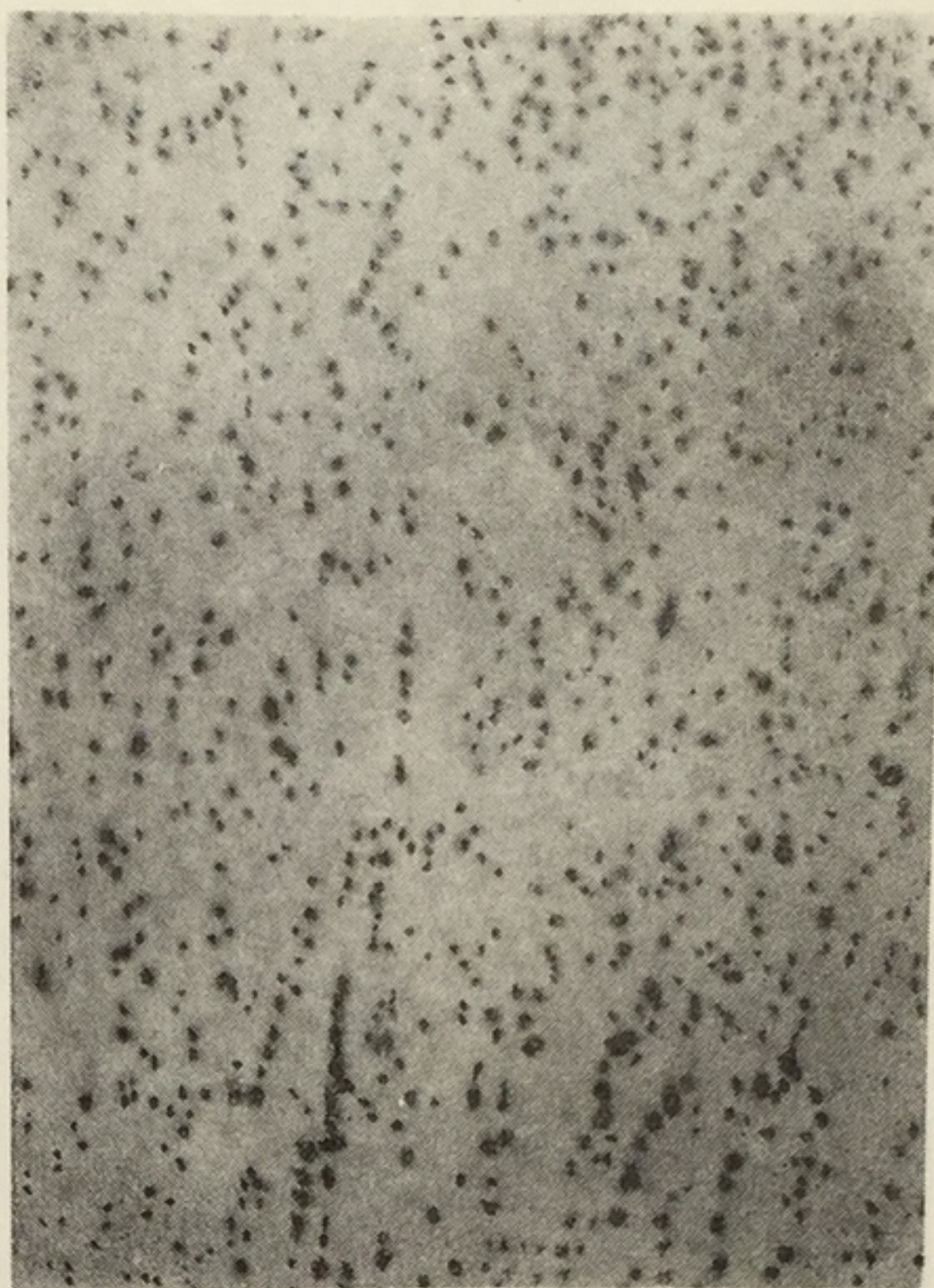


Рис. 496. Шизофрения. Кора мозга. Сморщивание и разрежение нервных клеток<sup>1</sup>.

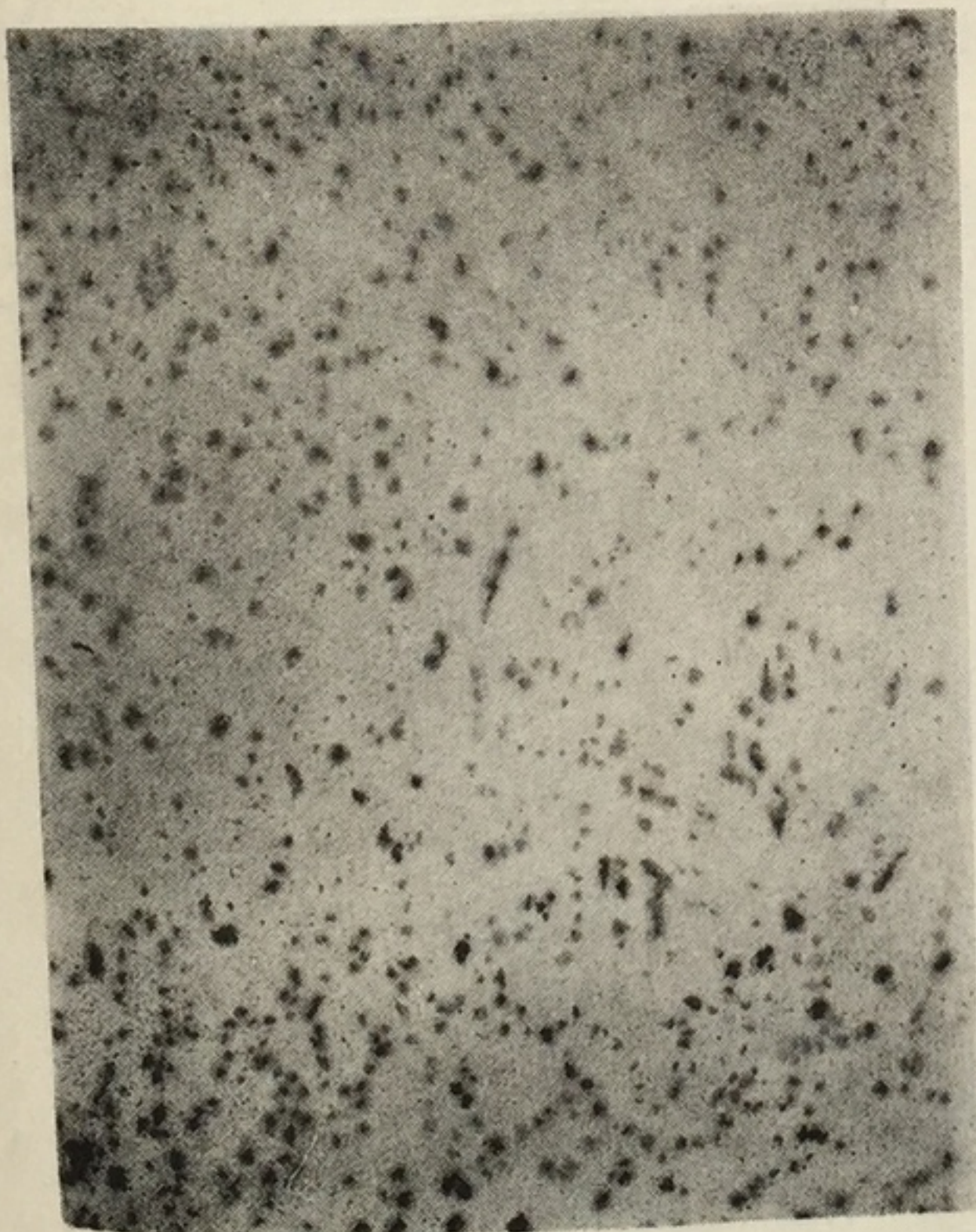


Рис. 497. Шизофрения. Кора мозга. Височная область. Выпадение нервных клеток.



Рис. 498. Шизофрения. Кора мозга. Сморщивание нервной клетки.

<sup>1</sup> Рис. 496—502 — по Е. Б. Красовскому, Патологическая анатомия заболеваний головного мозга, М., 1957.



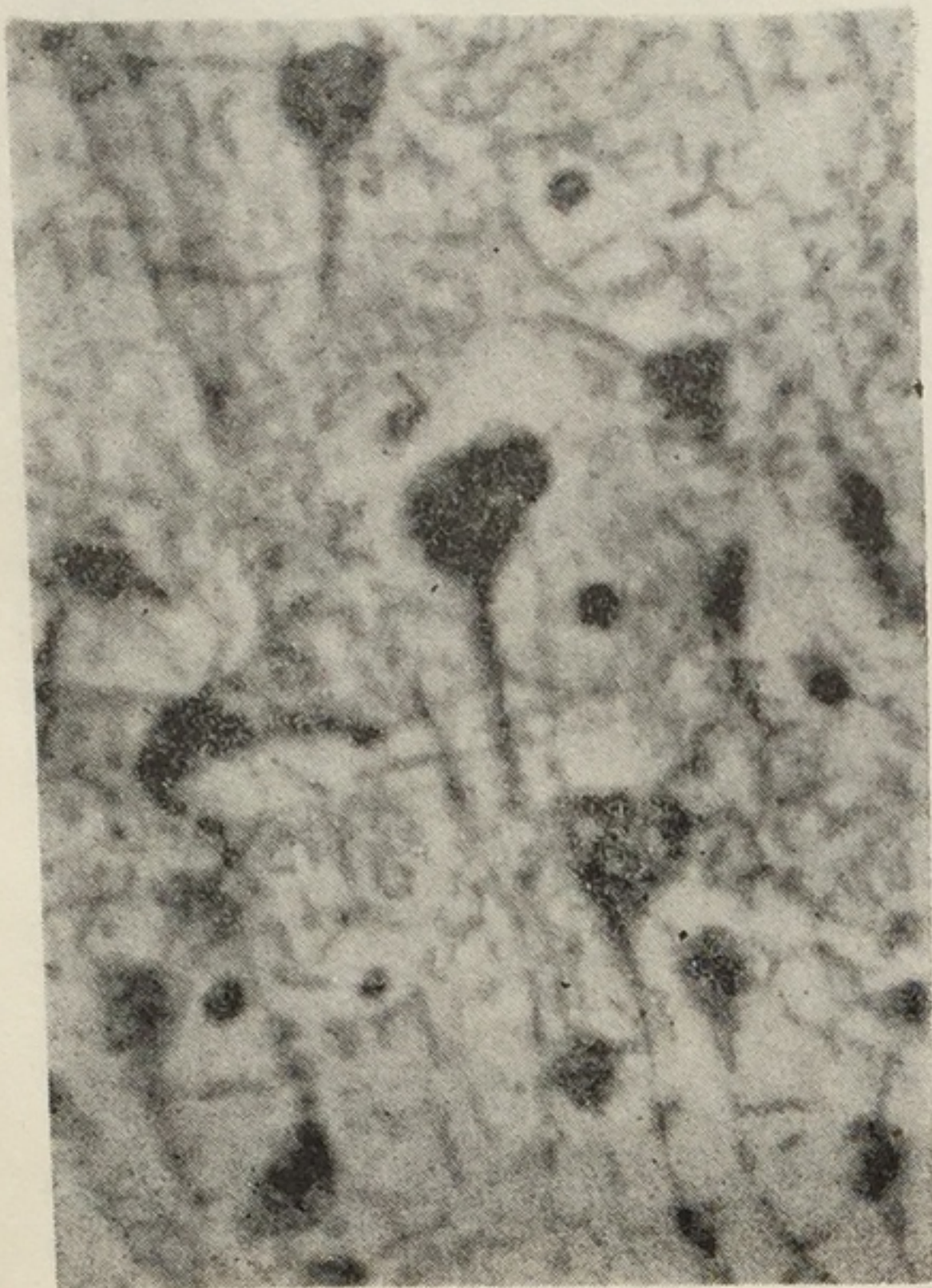


Рис. 499. Шизофрения. Картина мозговой коры.

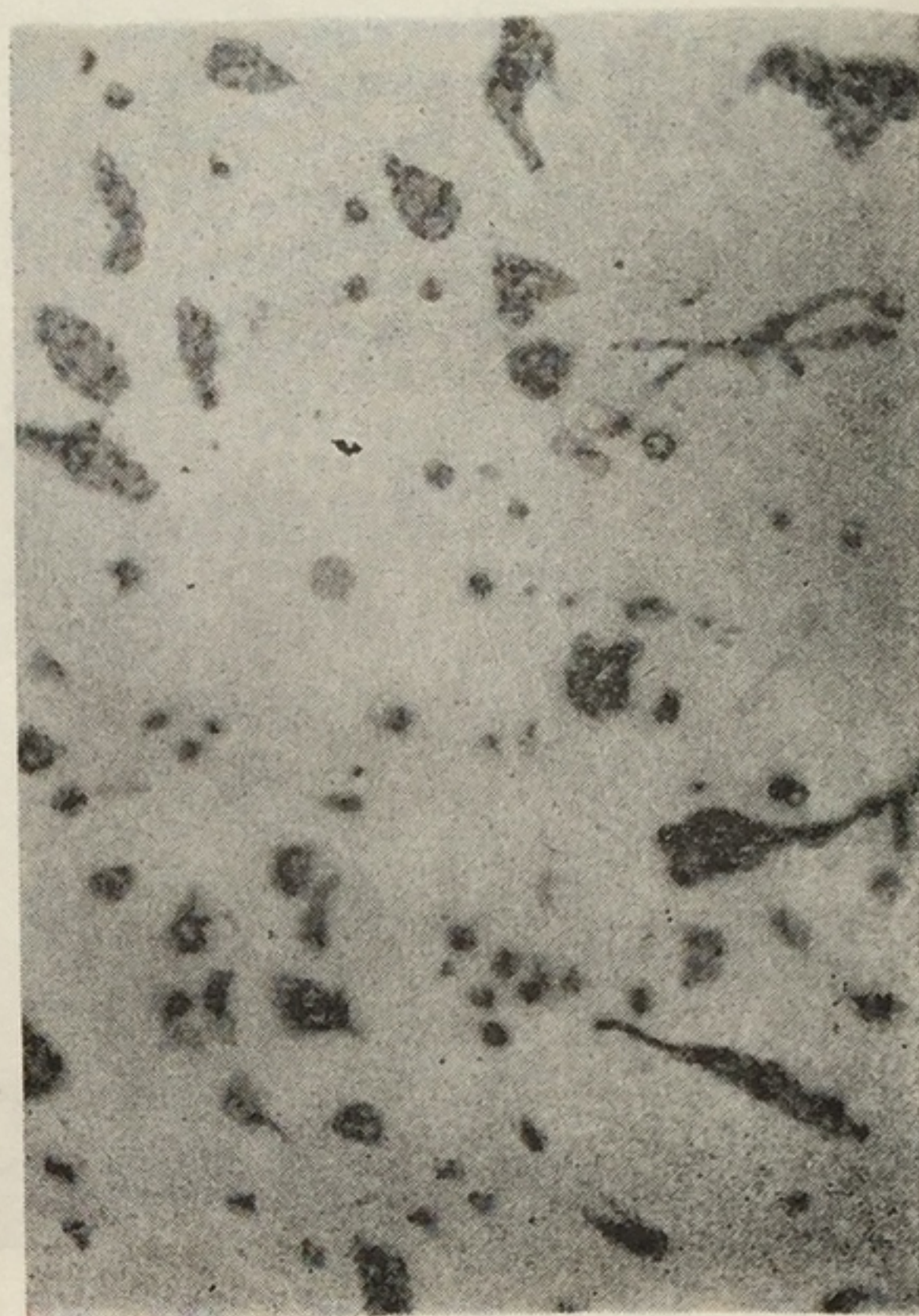


Рис. 500. Шизофрения. Гибель отдельных нервных клеток в зрительном бугре.

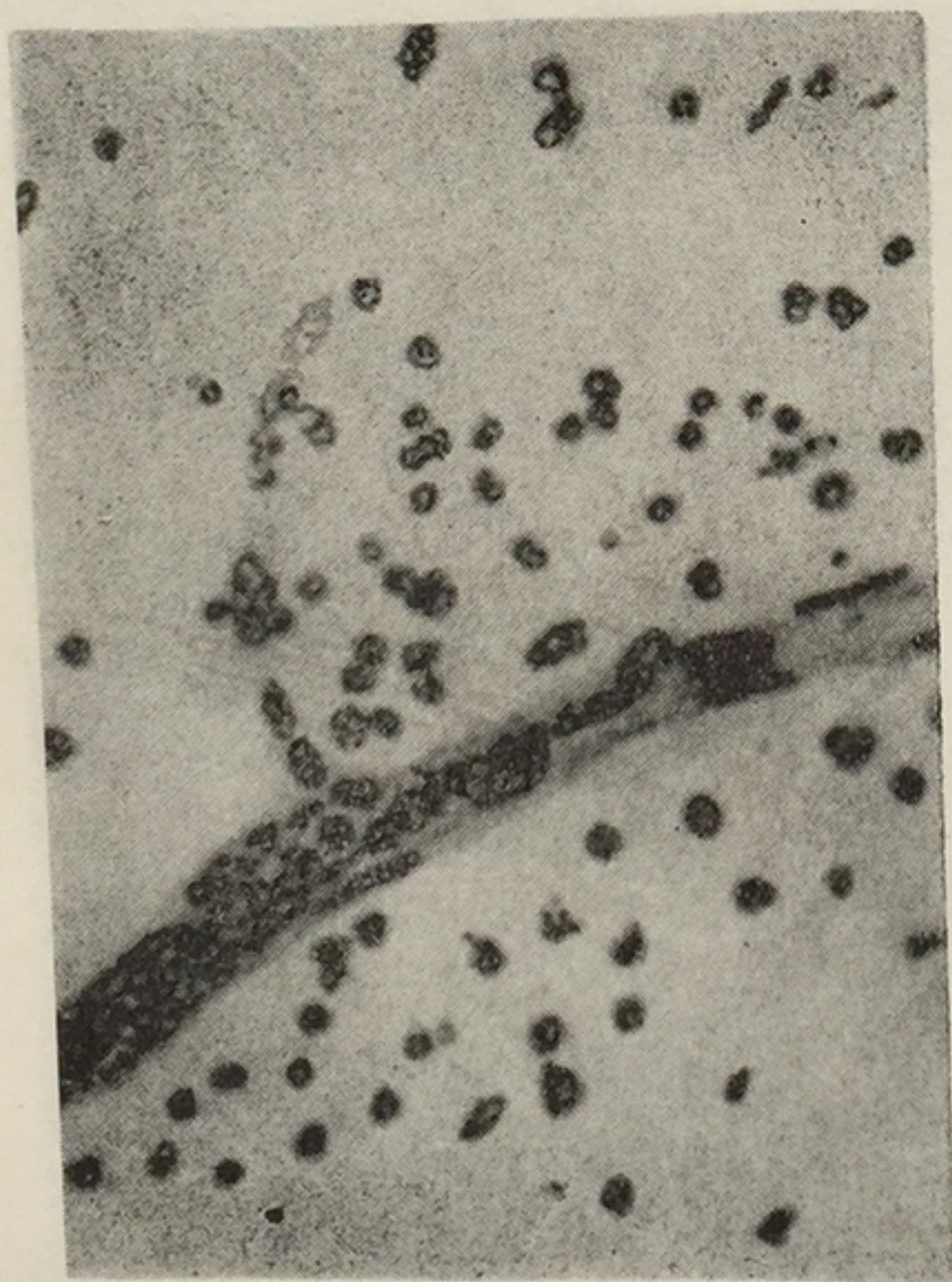


Рис. 501. Шизофрения. Гиперплазия астроцитов и олигодендроглиозитов.

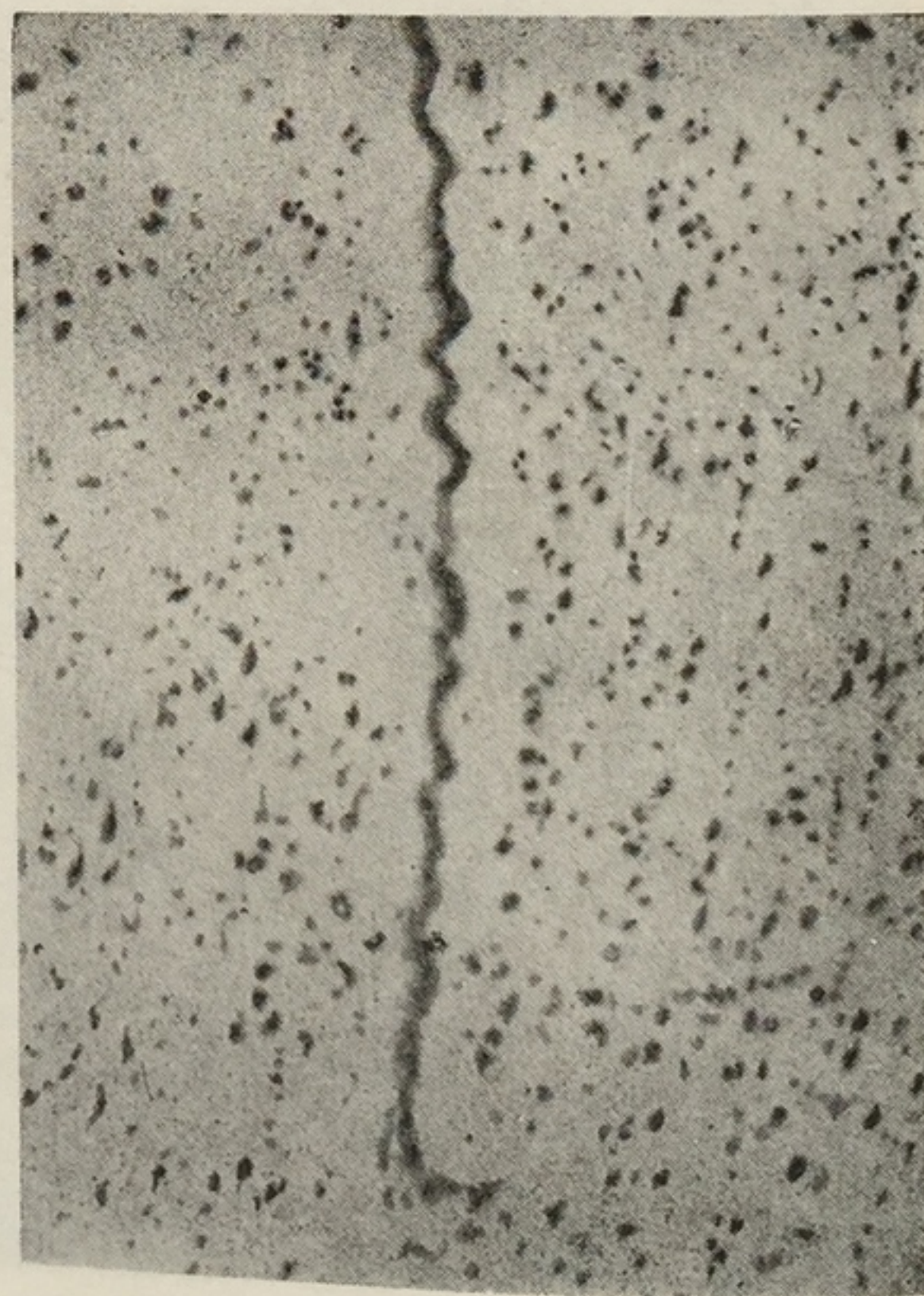


Рис. 502. Шизофрения. Извитой капилляр в мозговой коре.



### МНОЖЕСТВЕННЫЙ ЦИСТИЦЕРКОЗ

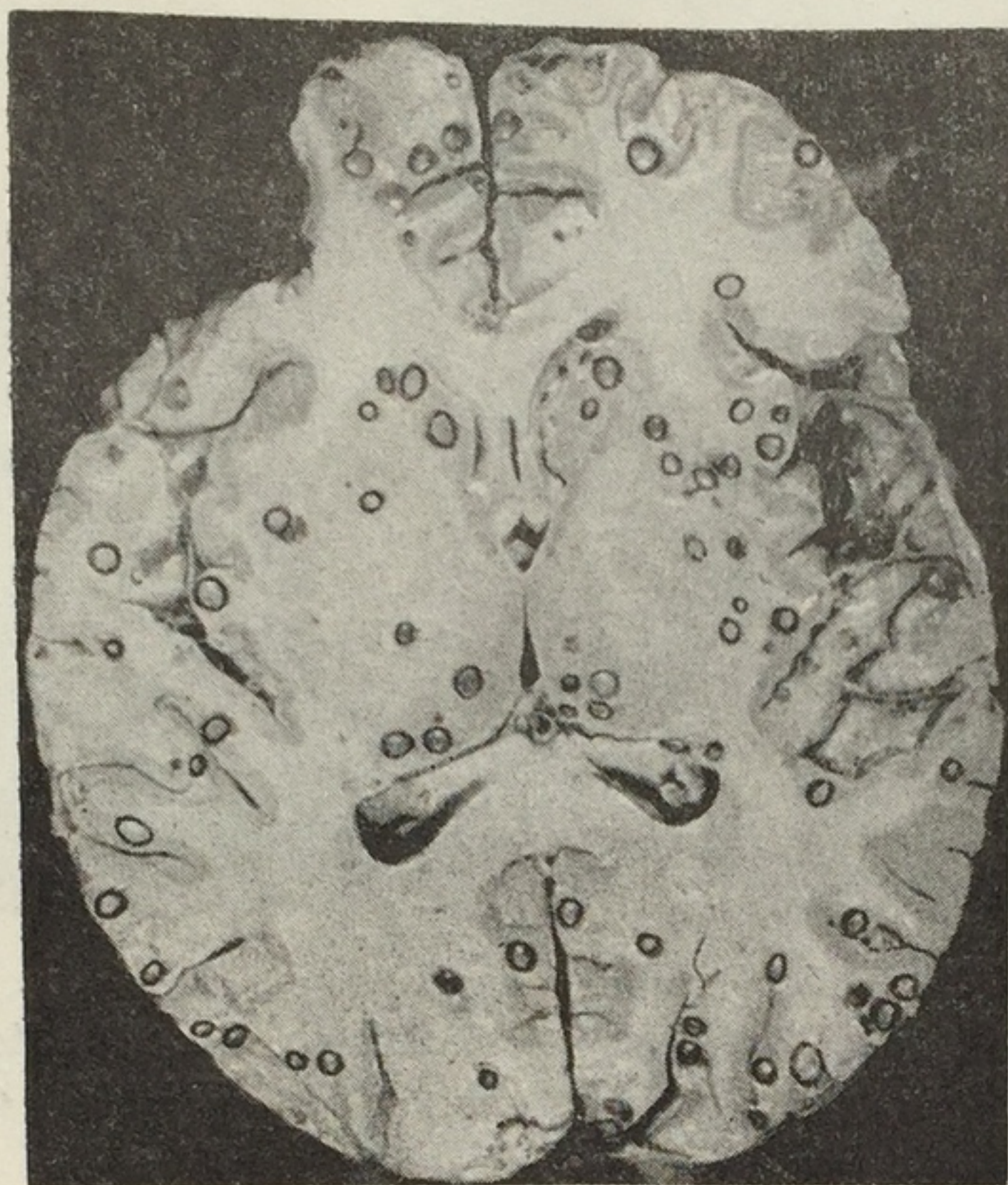


Рис. 503.

### АБСЦЕСС МОЗГА

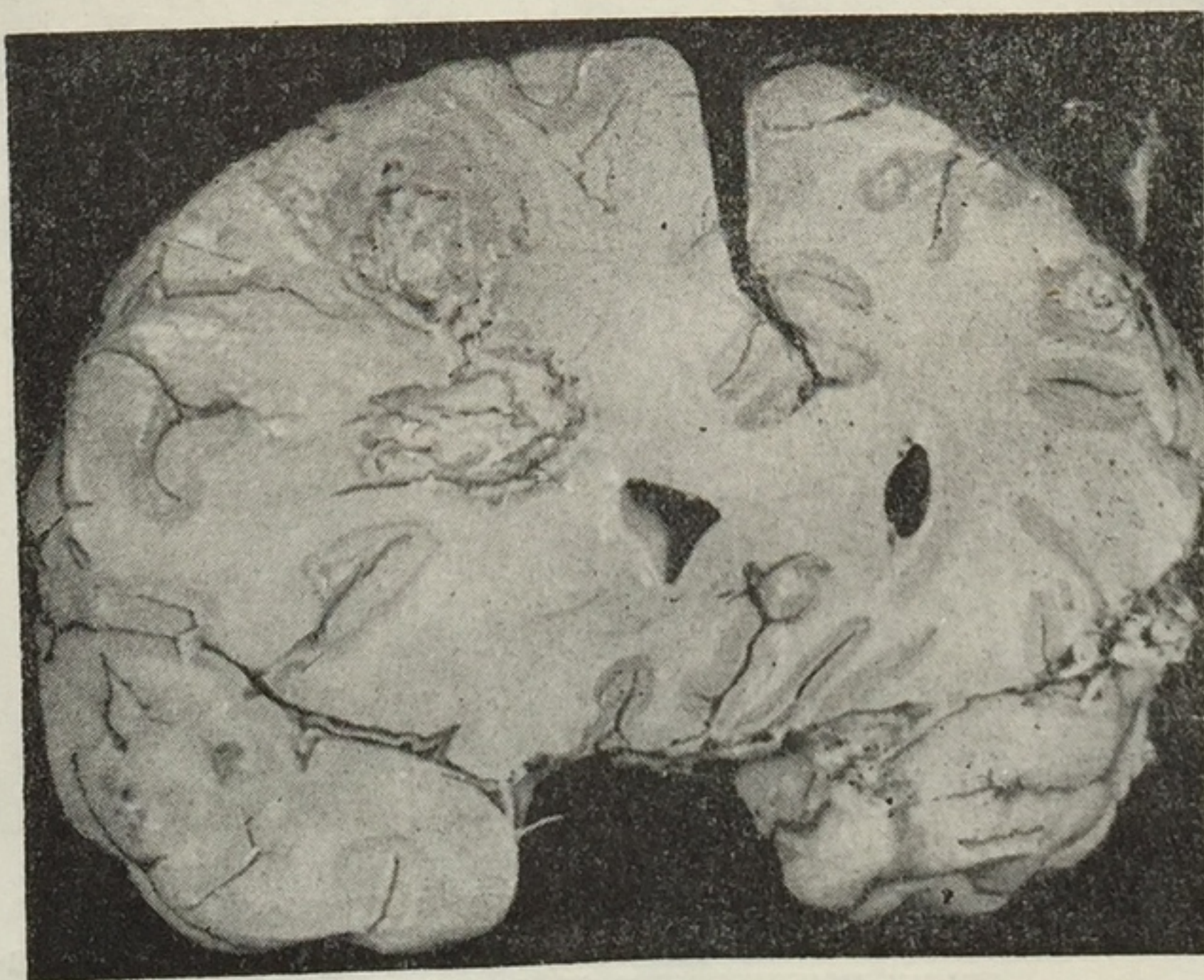


Рис. 504.

Рис. 503, 504. Препараты патологоанатомической лаборатории больницы им. акад. И. П. Павлова.



## ОЛИГОФРЕНИЯ

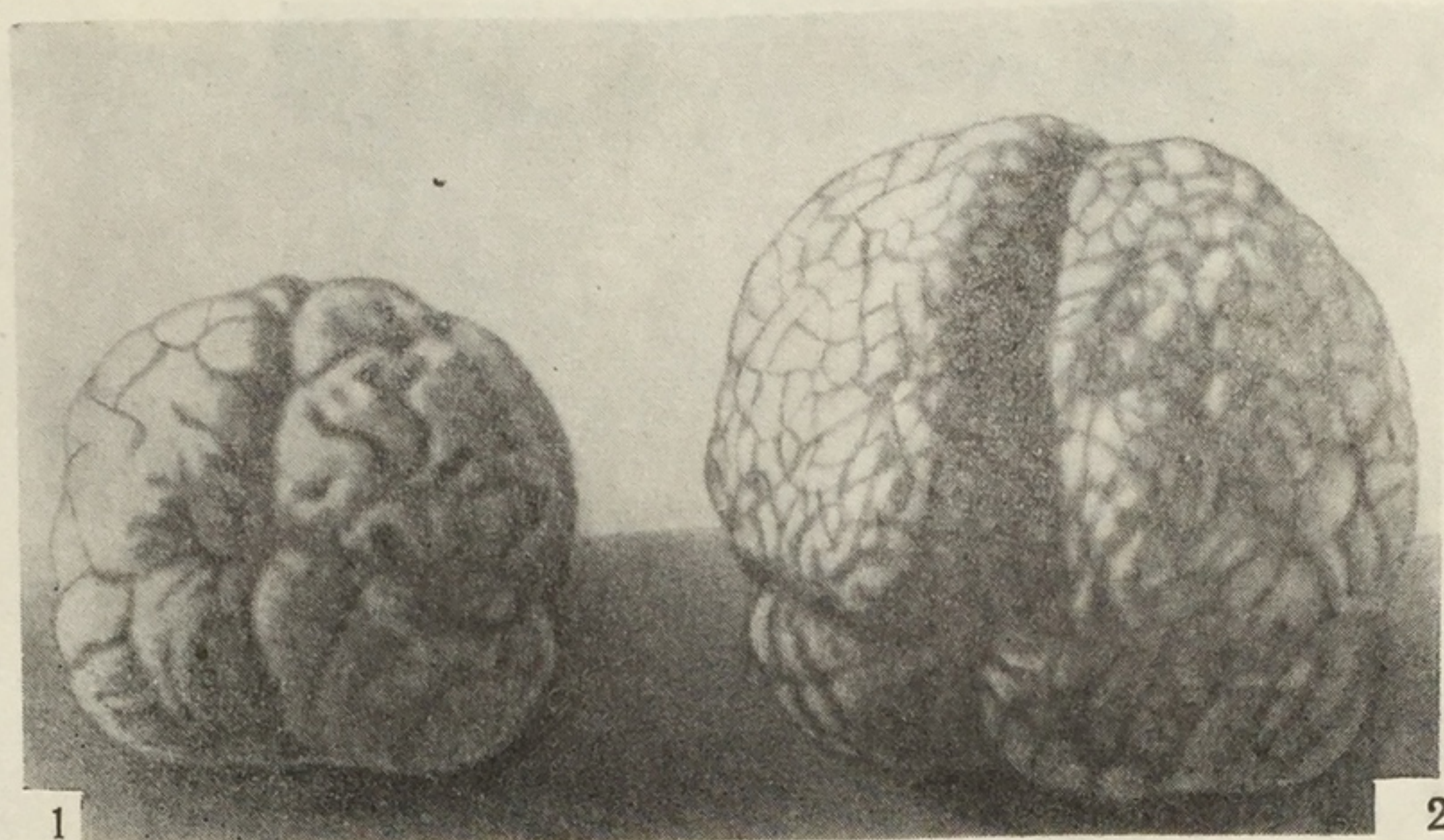


Рис. 505. Имбецильность. Микроцефалия.  
Большая Машута (С. С. Корсаков)—(стр. 202 рис. 287, 288). Мозг Машу-  
ты (1) и мозг здорового человека (2). С. С. Корсаков. Избранные  
произведения, М., 1954.



Рис. 506. Порэнцефалия больших полушарий мозга.  
П. Е. Снесарев. Теоретические основы патологической ана-  
томии психических заболеваний, 1950.

Рис. 507  
гидроцеф  
психиат



Рис. 507, 508. Олигофрения. Череп гидроцефала. Э. Крепелин. Учебник психиатрии, изд. VIII, т. IV, 1915.

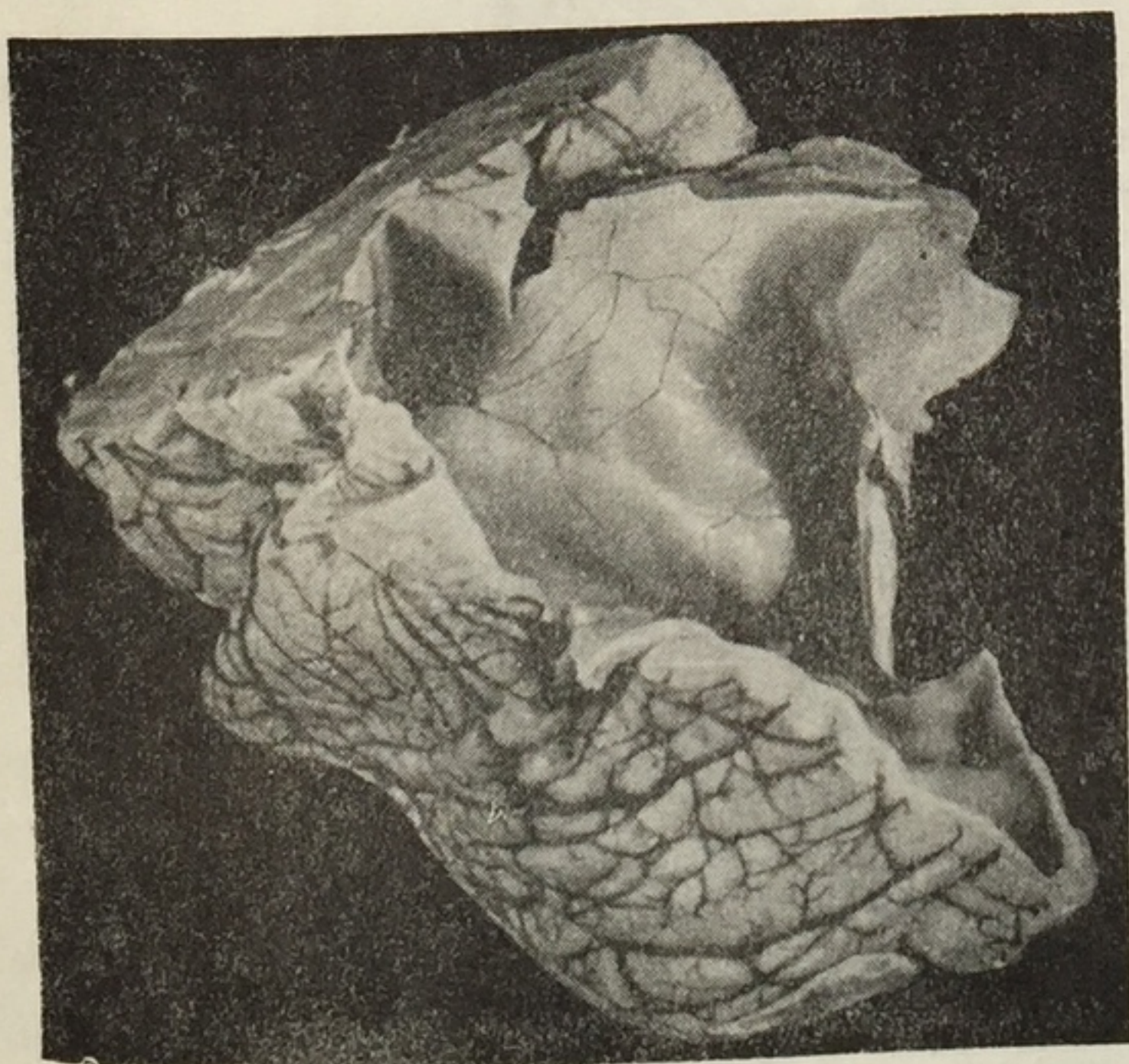
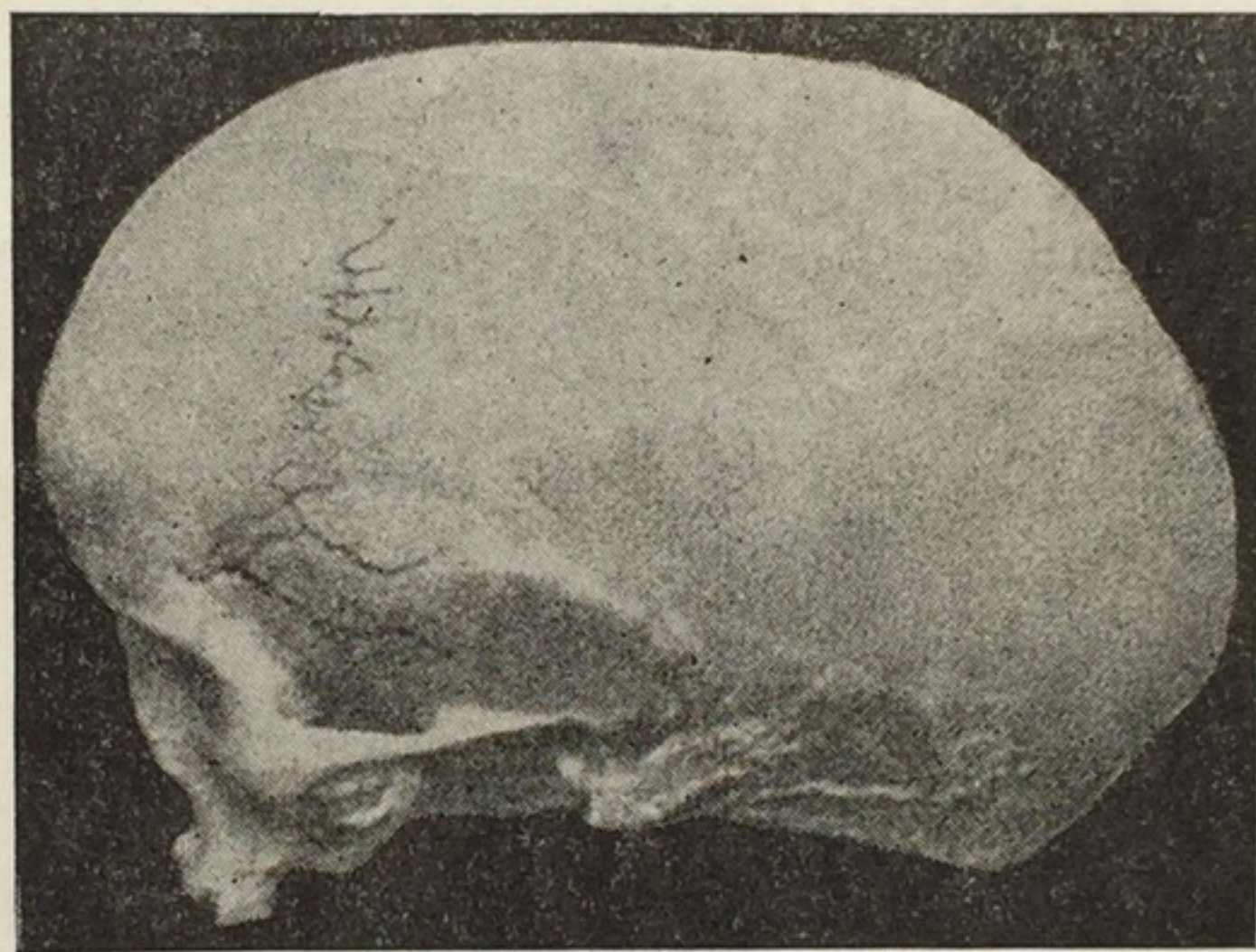
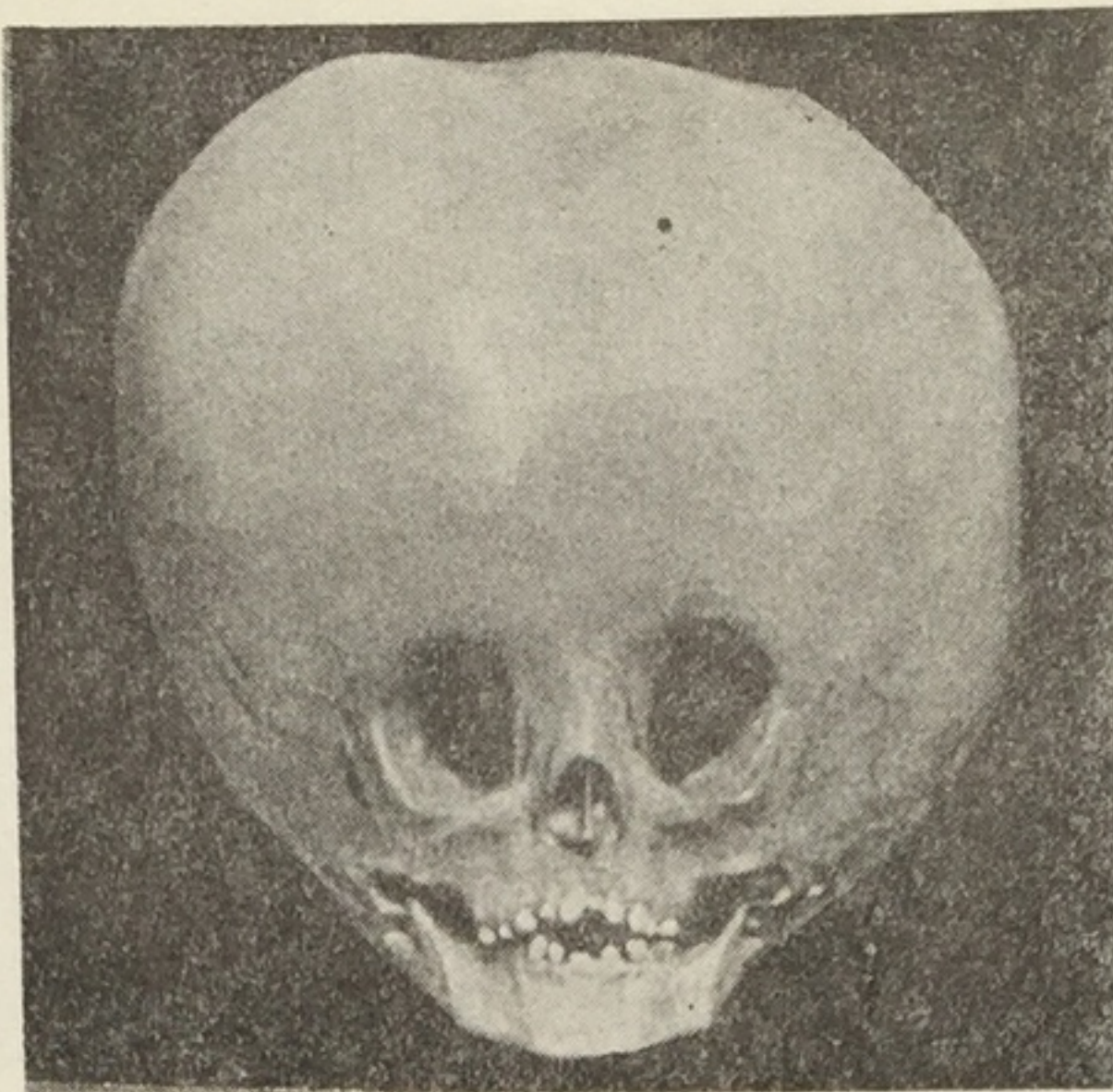


Рис. 509. Олигофрения. Внутренняя водянка мозга.

Патологоанатомическая лаборатория Киевской психоневрологической больницы им. акад. И. П. Павлова.



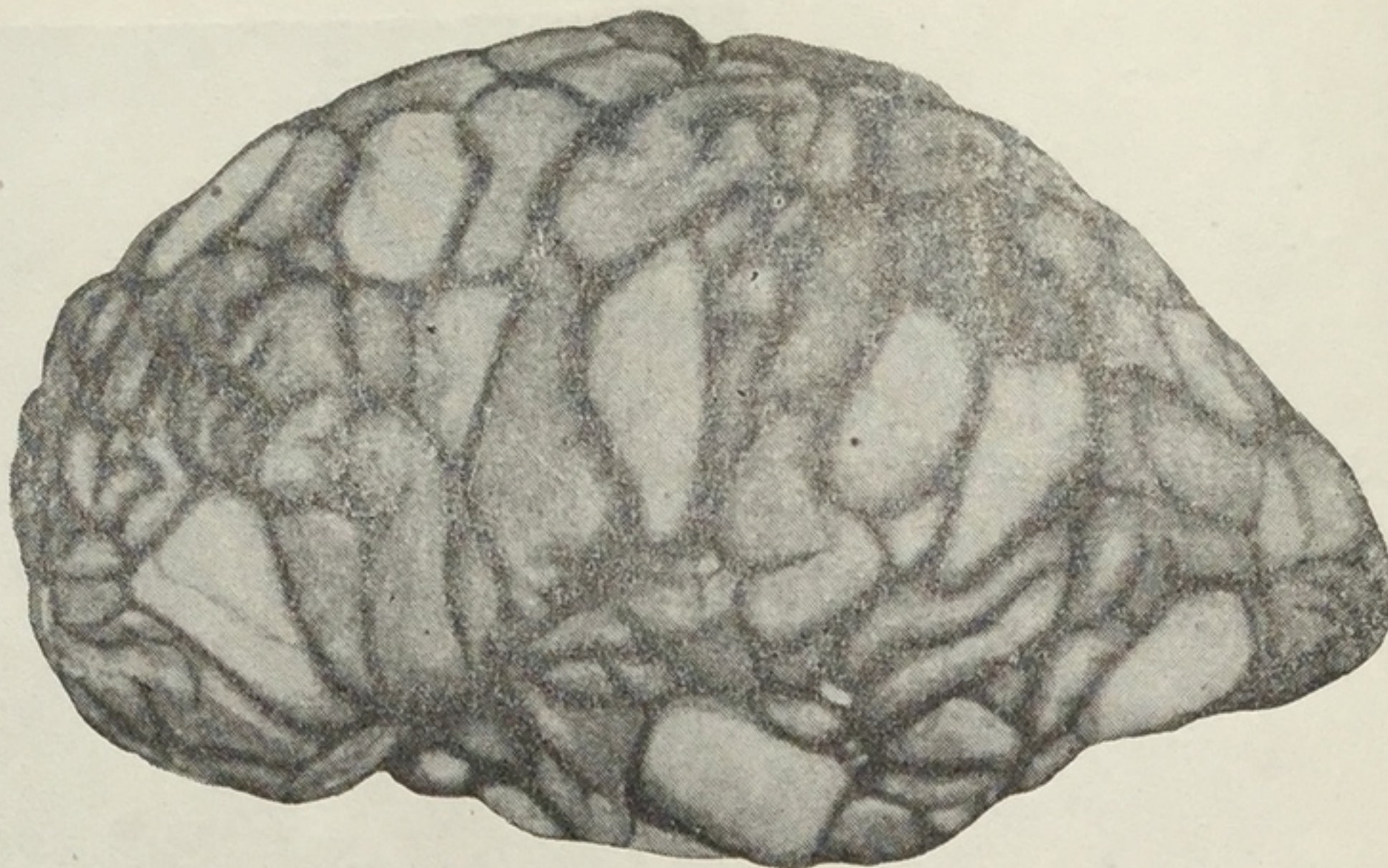


Рис. 510. Олигофрения. Мозг при туберозном склерозе.  
Е. Крепелин. Учебник психиатрии, изд. VIII, т. IV, 1915.

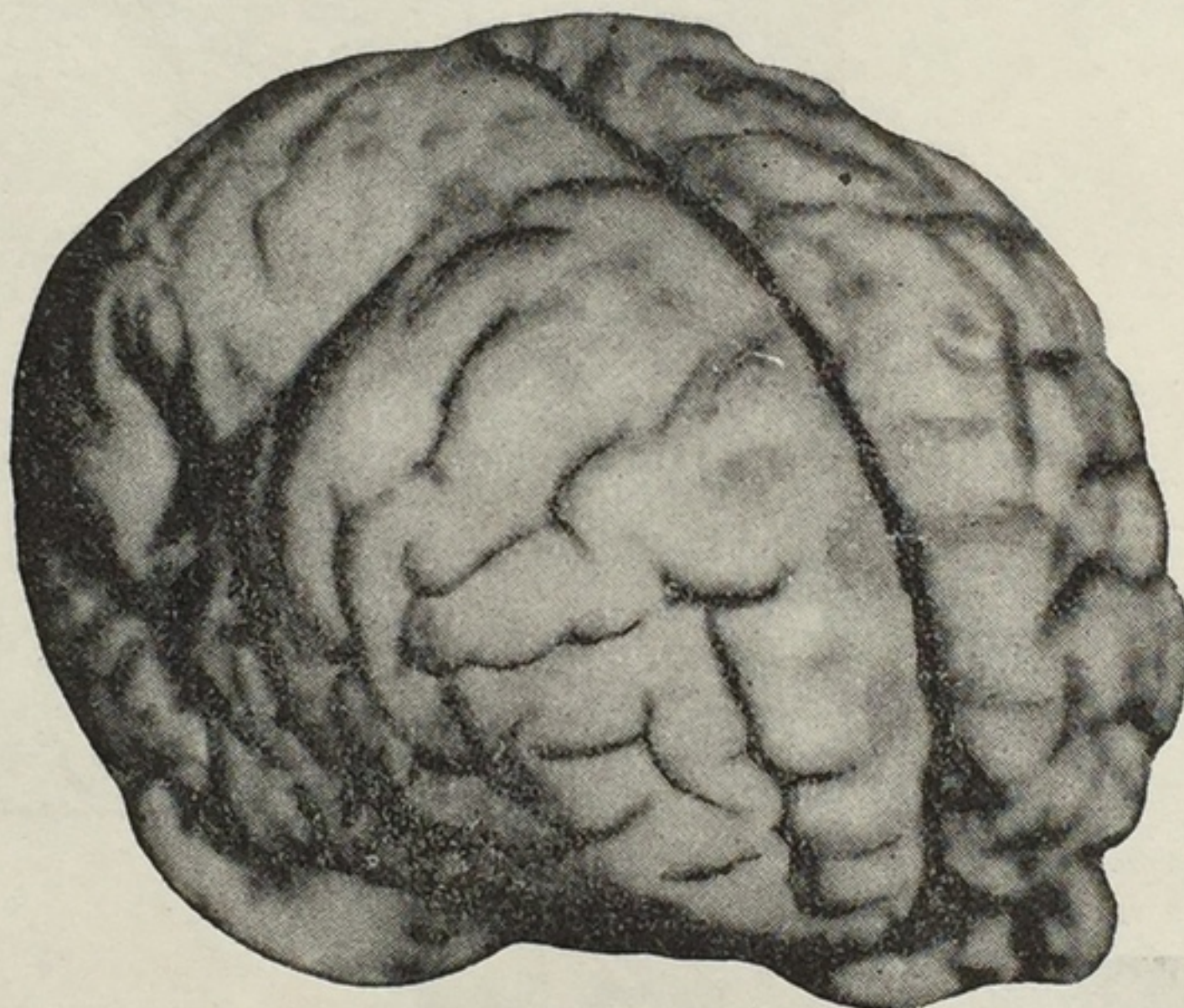


Рис. 511. Олигофрения. Утолщение извилин при пороке развития мозга. Пахигирия. П. Е. Снесарев. Теоретические основы патологической анатомии психических заболеваний, 1950.

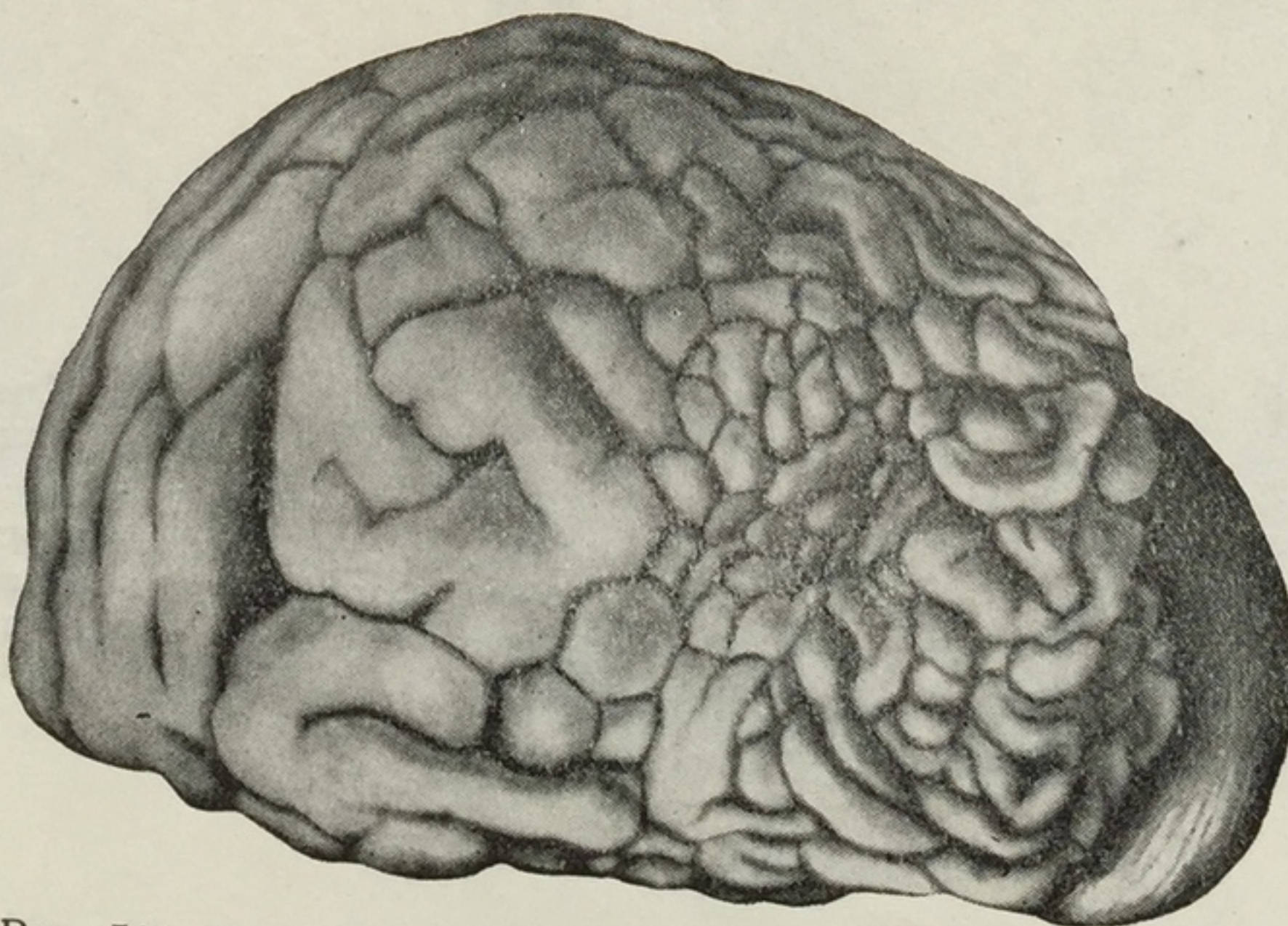


Рис. 512. Олигофрения. Группа мелких мозговых извилин. Микрогирия. Там же.



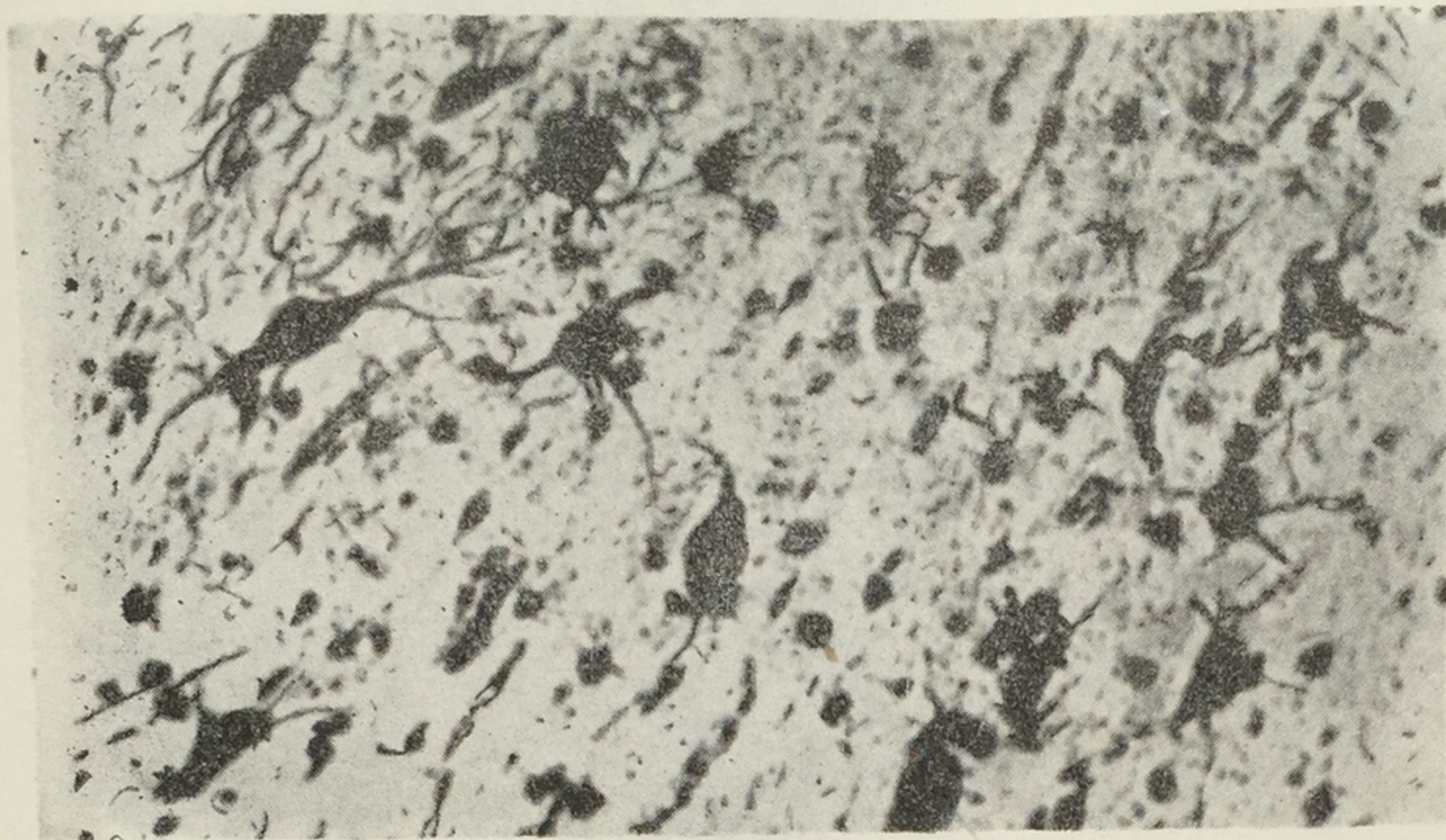


Рис. 513. Туберозный склероз. Патологические изменения клеток.  
З. Мисливечек (Zdeněk Mysliveček), Частная психиатрия, 1959, Прага.

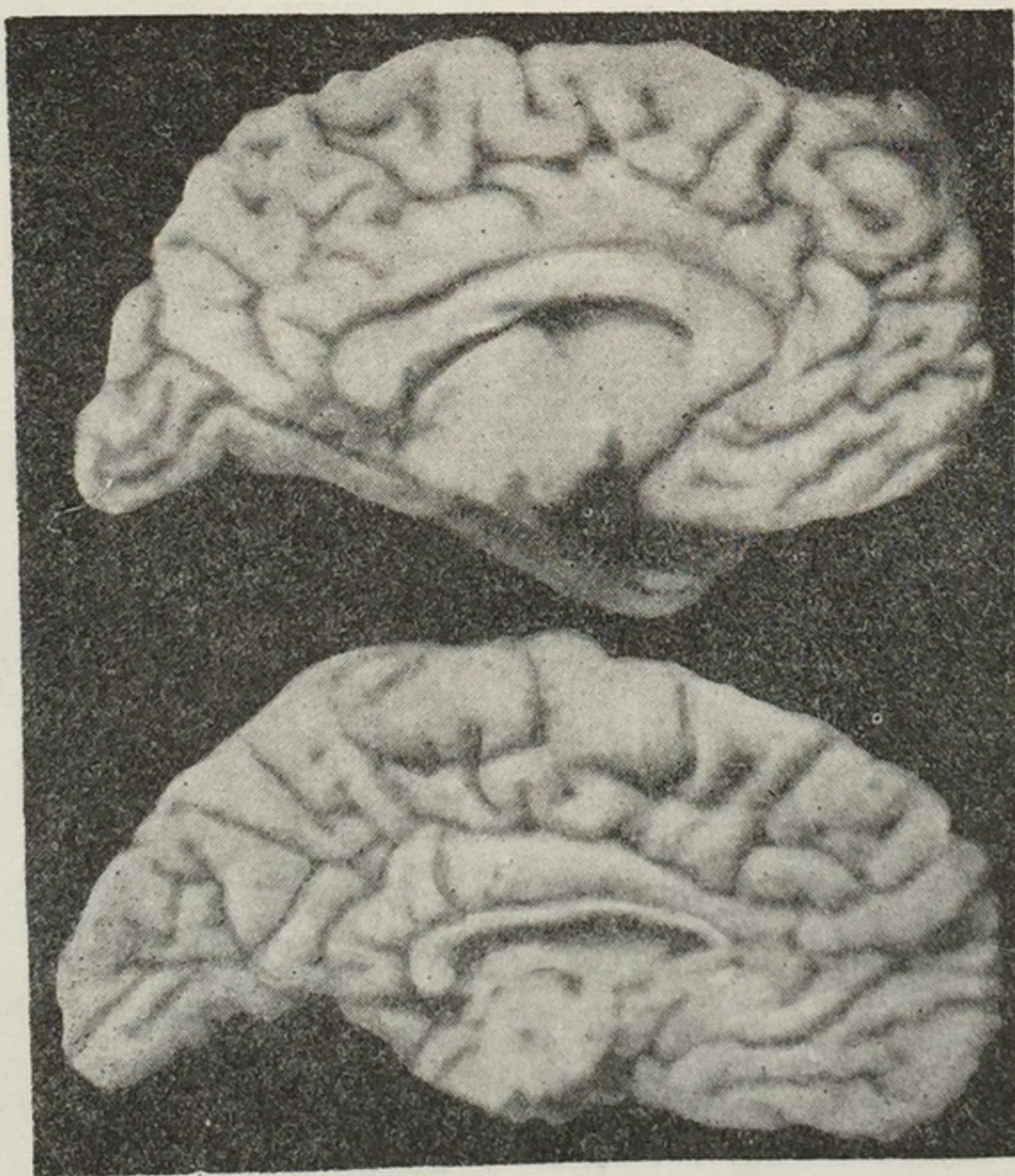


Рис. 514. Дисплазии мозга. Различные формы олигофрении.  
Верхний снимок — контрольный. Нижний снимок — недоразвитие мозолистого тела,  
неправильное развитие извилин внутренней поверхности полушария.  
В. Н. Русских и В. В. Русских. Анализ структурных изменений и патогенез болезней мозга.  
М., 1959.



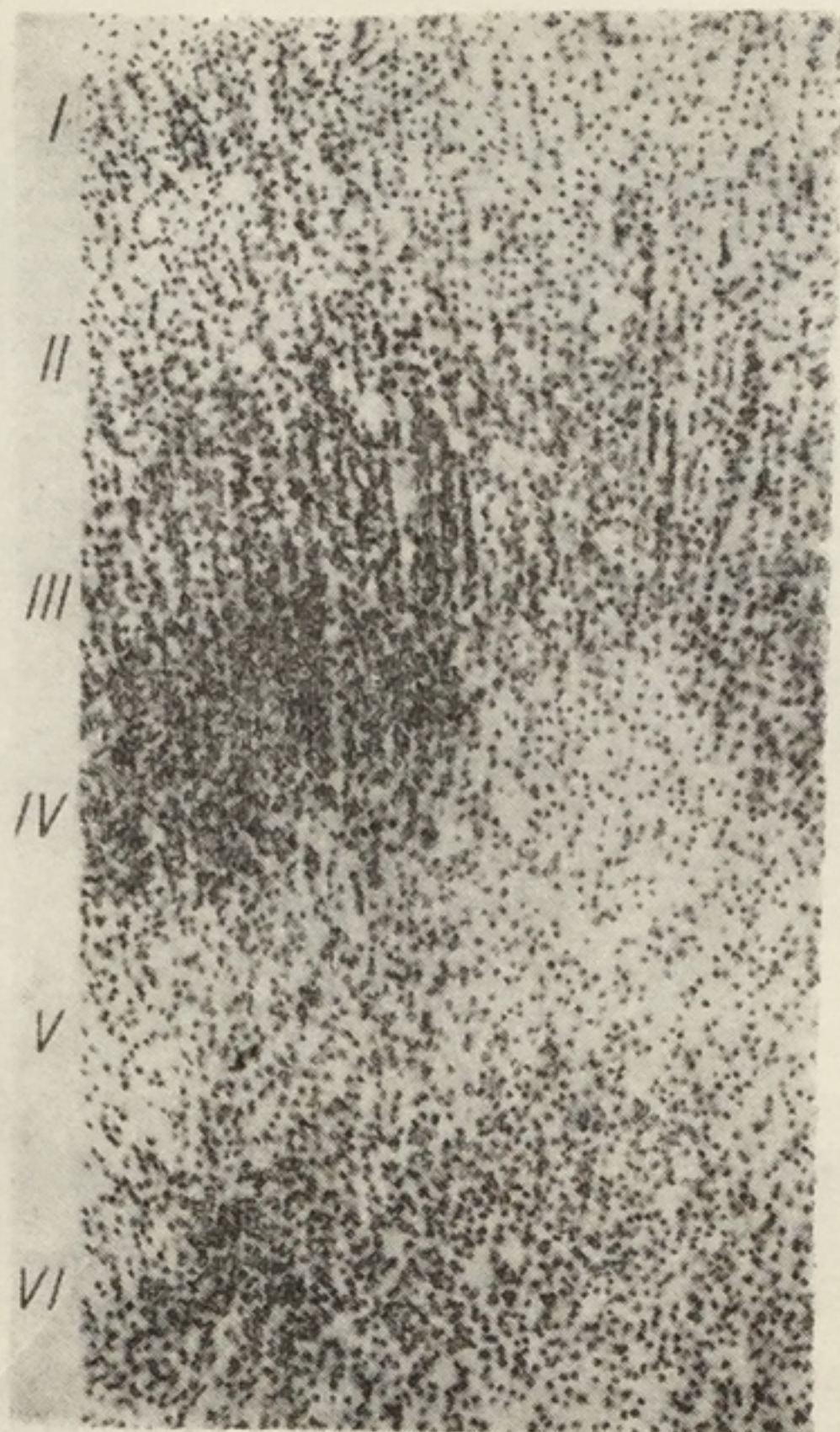


Рис. 515. Микроцефалия. Мало-  
дифференцированные слои кле-  
ток в коре мозга. Клетки V слоя  
совершенно не развиты.  
Там же.

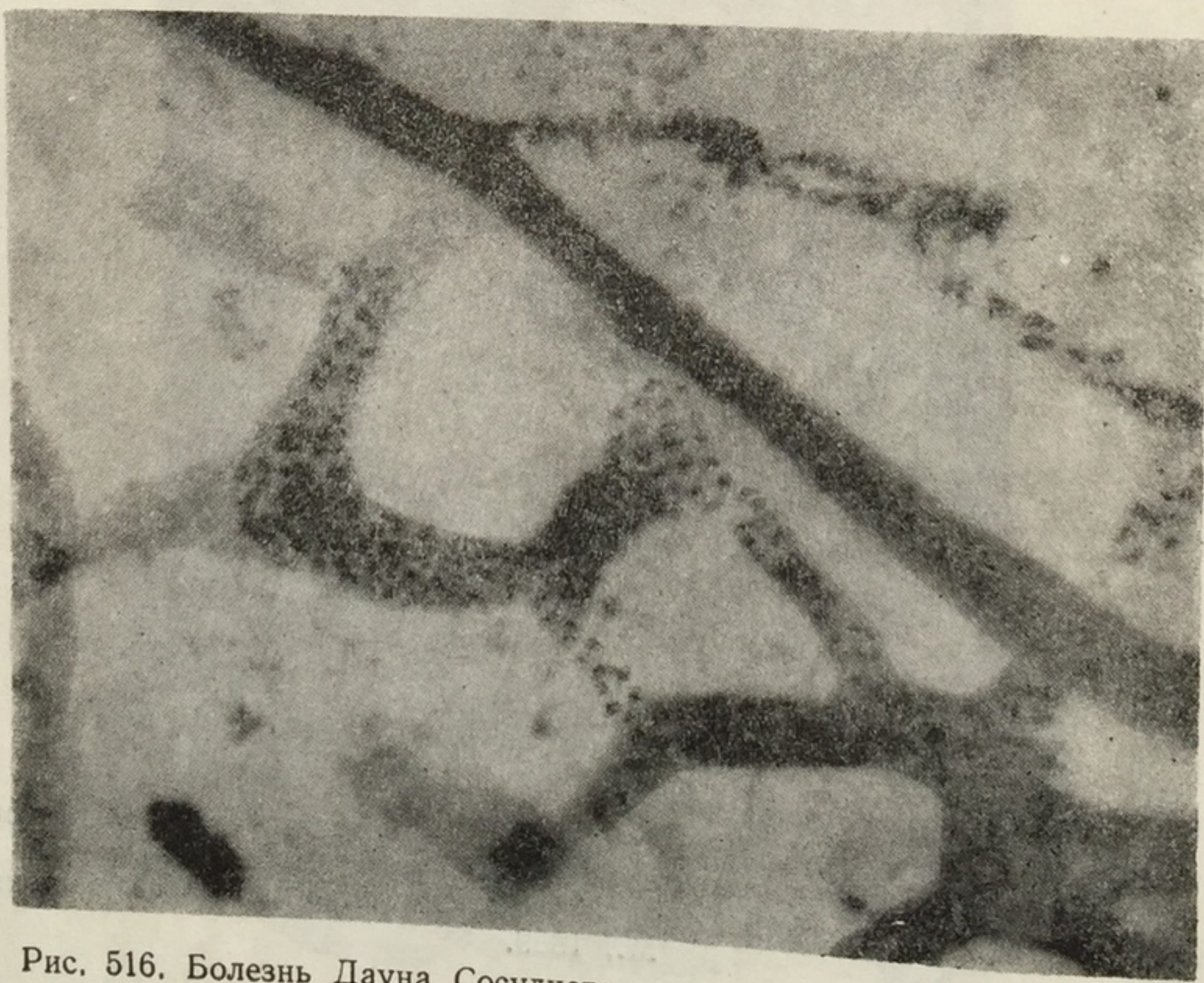
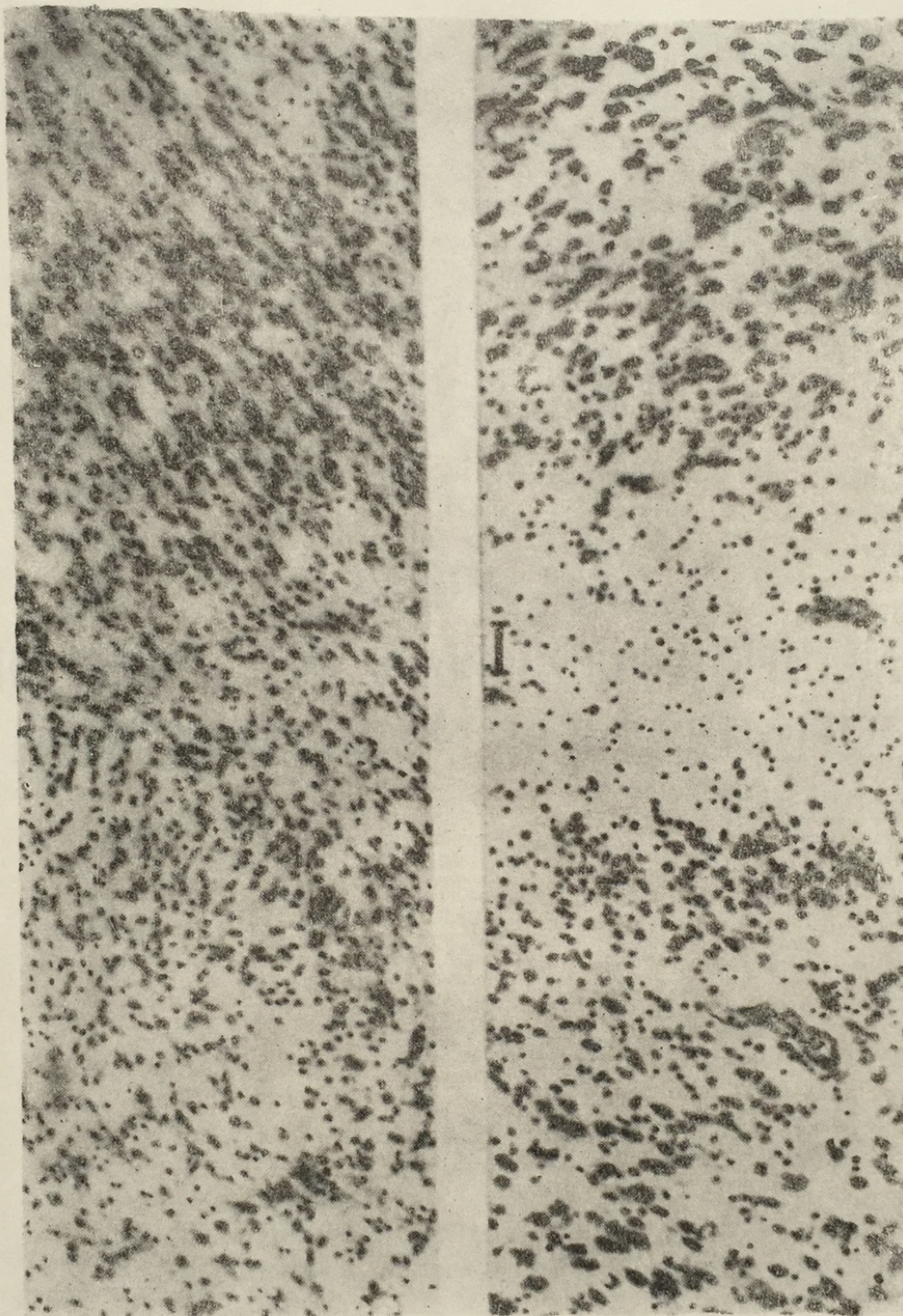


Рис. 516. Болезнь Дауна. Сосудистая сеть оболочек мозга имеет эмбрио-  
нальный вид.  
Там же.





1

2

Рис. 517. Микрогирия.

1 — беспорядочное распределение клеток при микрогирии. Одни клетки повернуты перпендикулярно по отношению к другим. Они не разделены молекулярным слоем, 2 — на некоторых участках молекулярный слой не разделен на 2 слоя. Там же.



ПО  
П

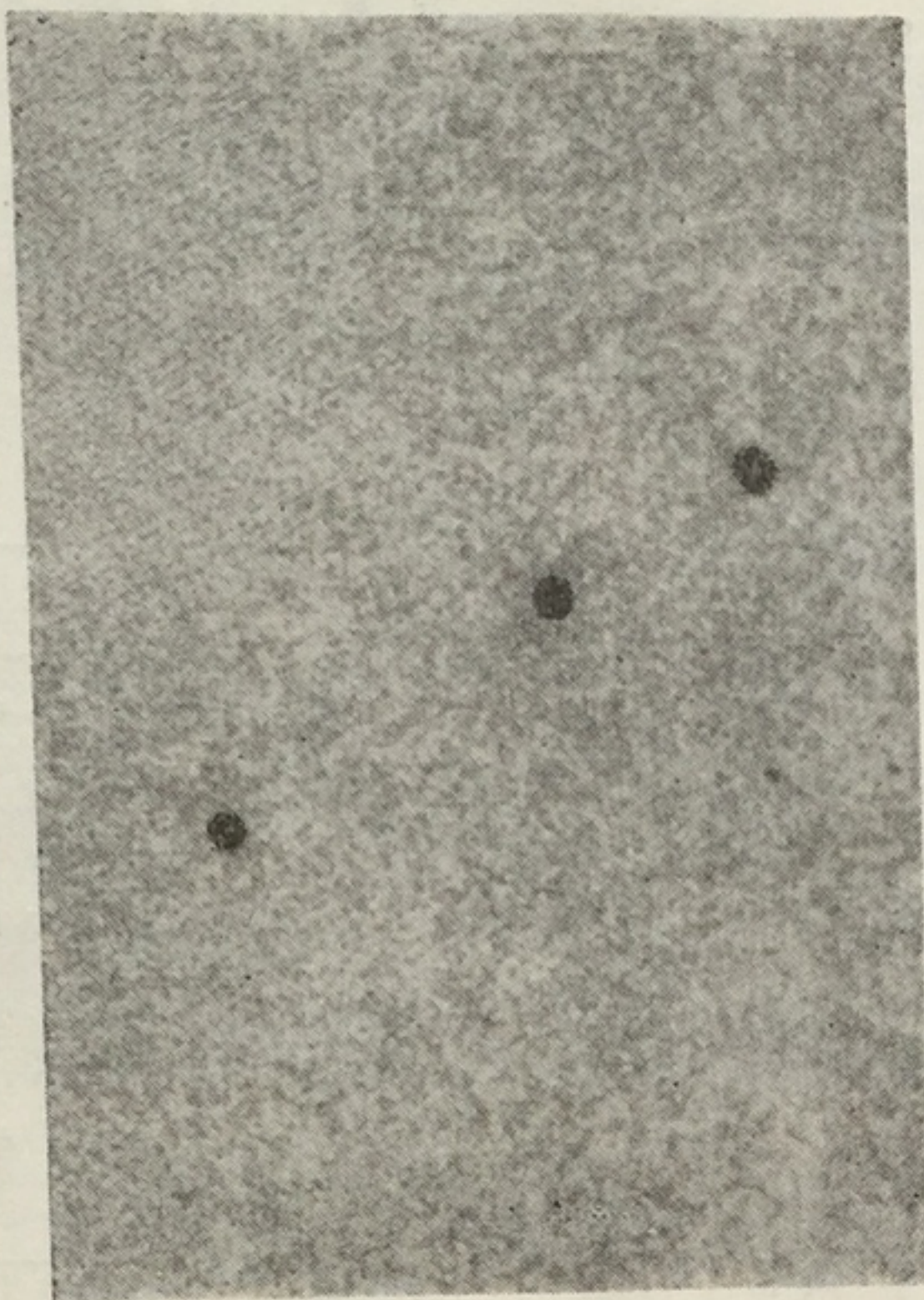


МАТЕРИАЛЫ  
ПО ИССЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ  
ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

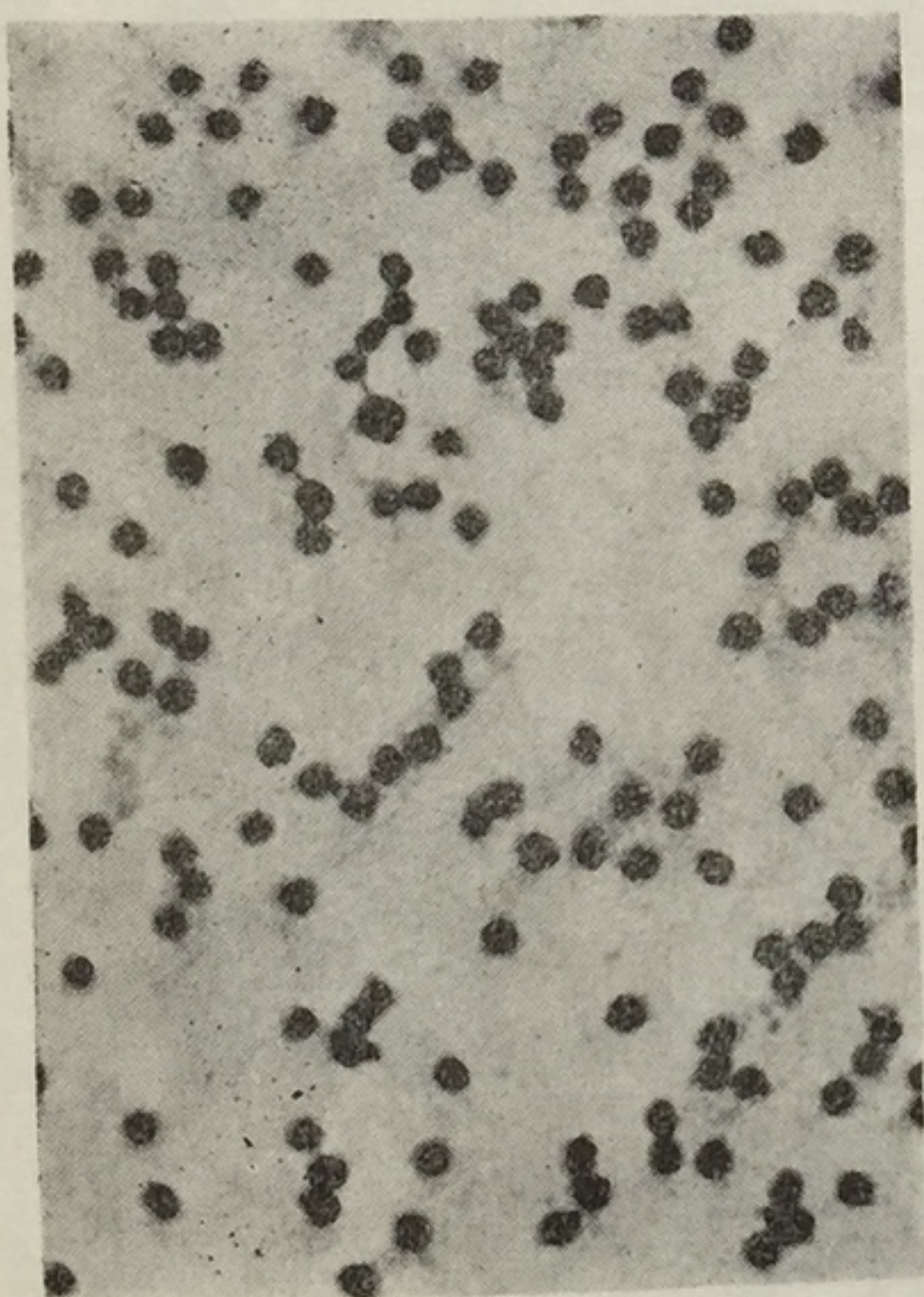


МАТЕРИАЛЫ  
ПО ИССЛЕДОВАНИЮ И РЕПЕРНИО  
ПОСЛЕДСТВИИ ЗАВОДЯЩИМ





1



2

Рис. 518. Нормальная спинномозговая жидкость (1), плеоцитоз при прогрессивном параличе (2).

Э. Крепелин (E. Kraepelin). Учебник психиатрии, изд. VIII, т. IV, 1915.



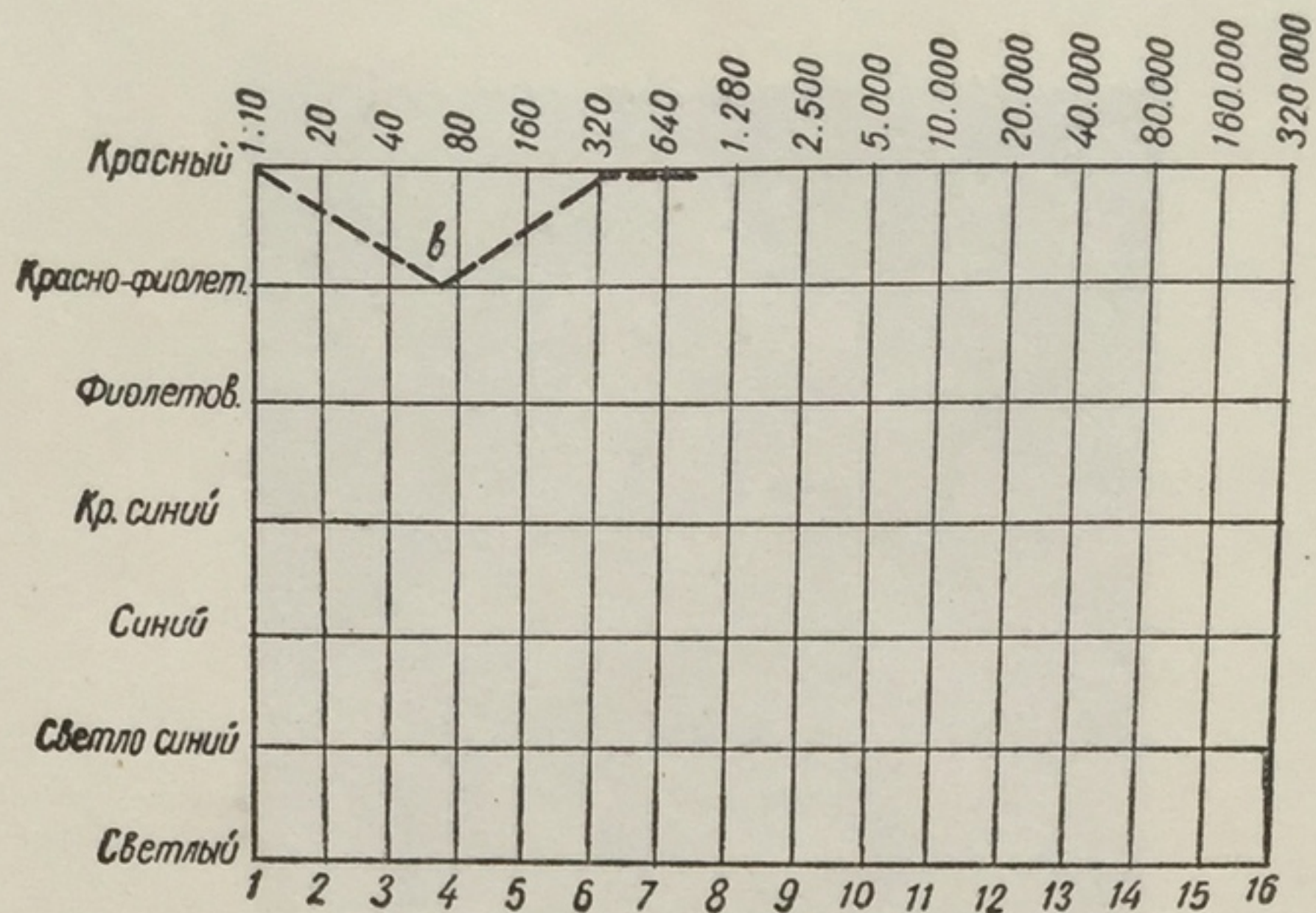


Рис. 519. Реакция Ланге: нормальная кривая.

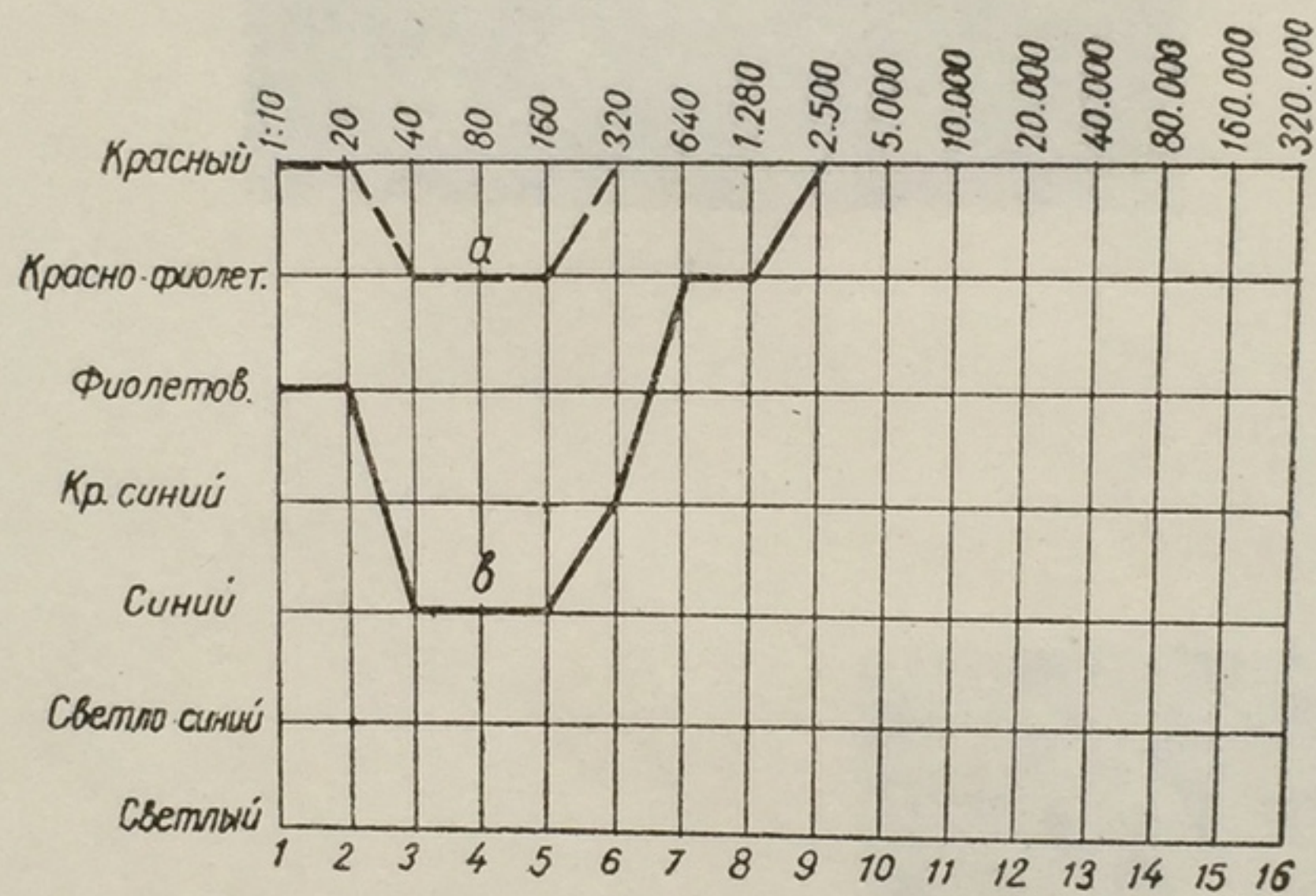


Рис. 520. Реакция Ланге: сифилитический зубец и кривая.

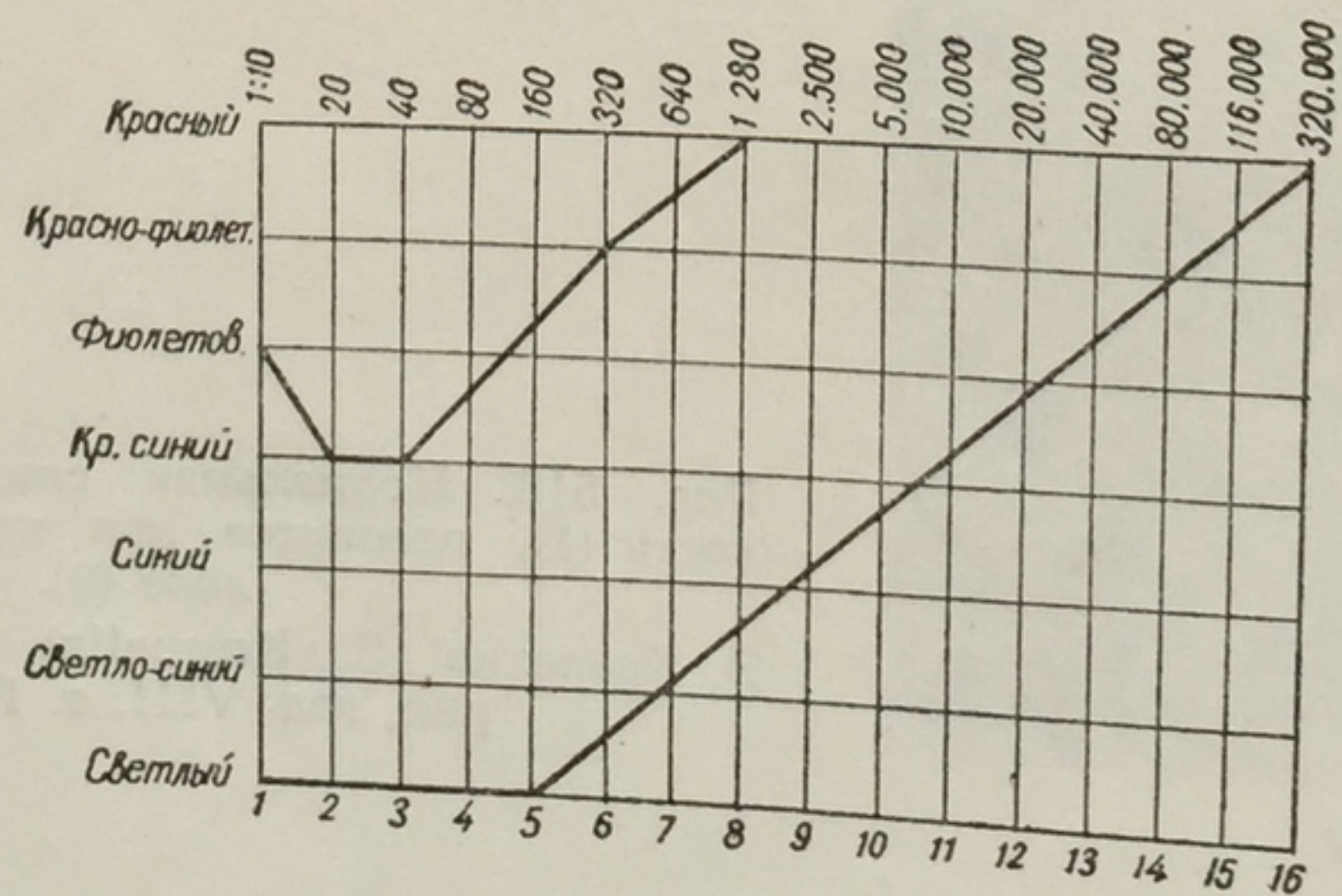


Рис. 521. Реакция Ланге: кривая при прогрессивном параличе.

Рис. 519, 520, 521 по А. П. Фридману. Спинномозговая жидкость. Л., 1932.



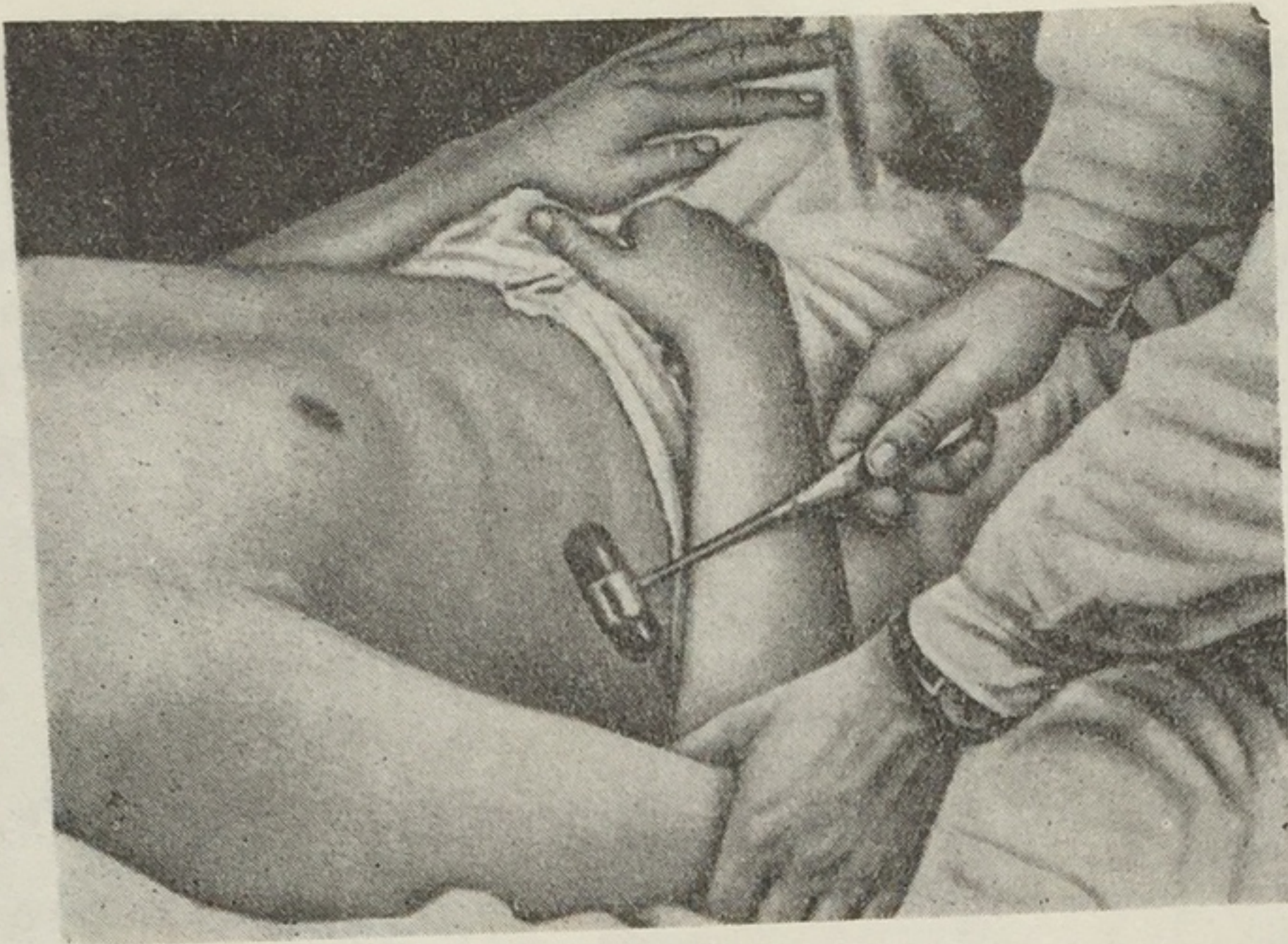


Рис. 522. Исследование бицепитального рефлекса.<sup>1</sup>

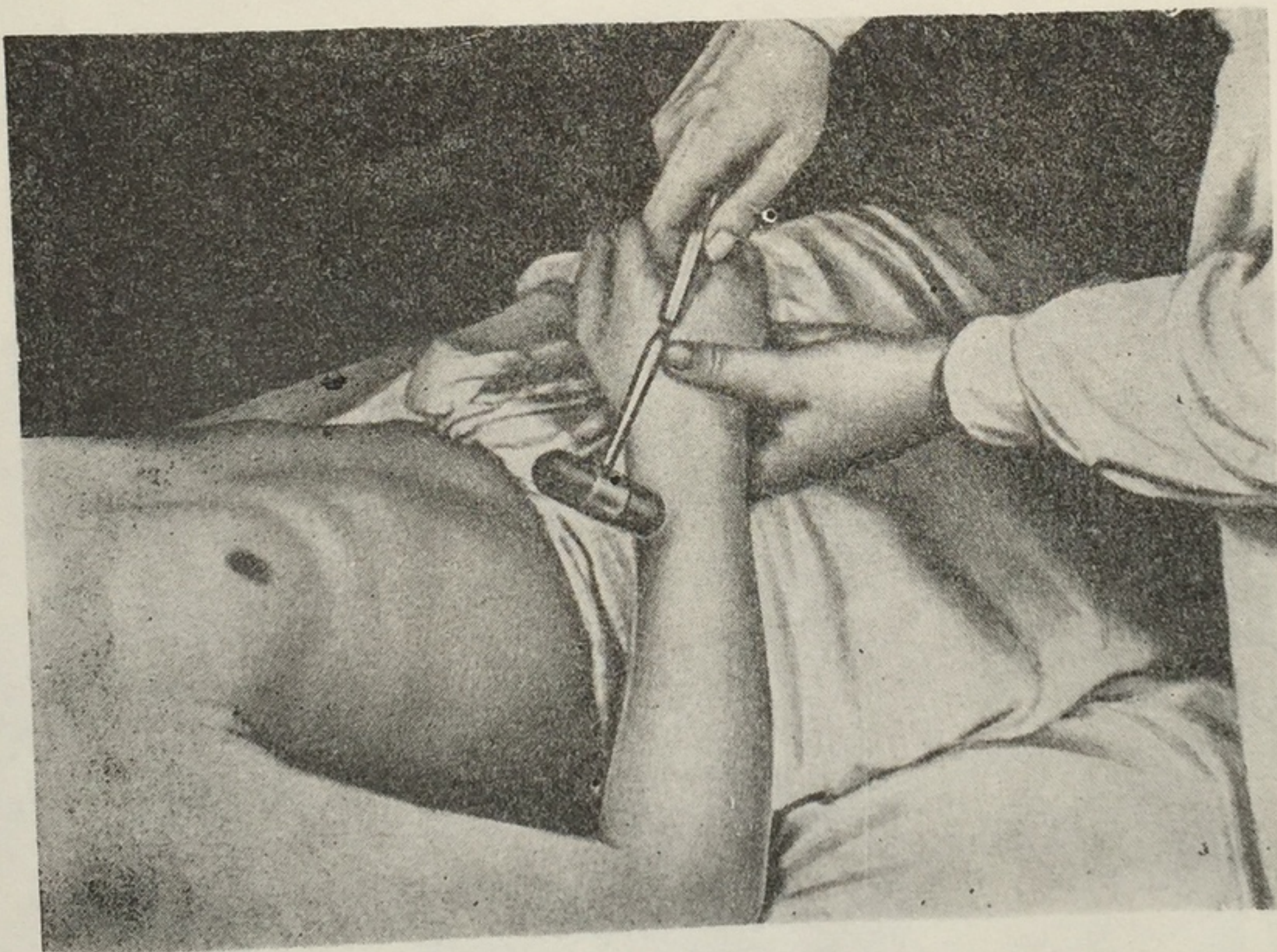


Рис. 523. Исследование стилорадиального рефлекса.

<sup>1</sup> Рис. 522—538, 540, 541 цит. по книге проф. Черначека. «Неврологическая пропедевтика», изд. Словацкой Академии наук, Братислава, 1955.



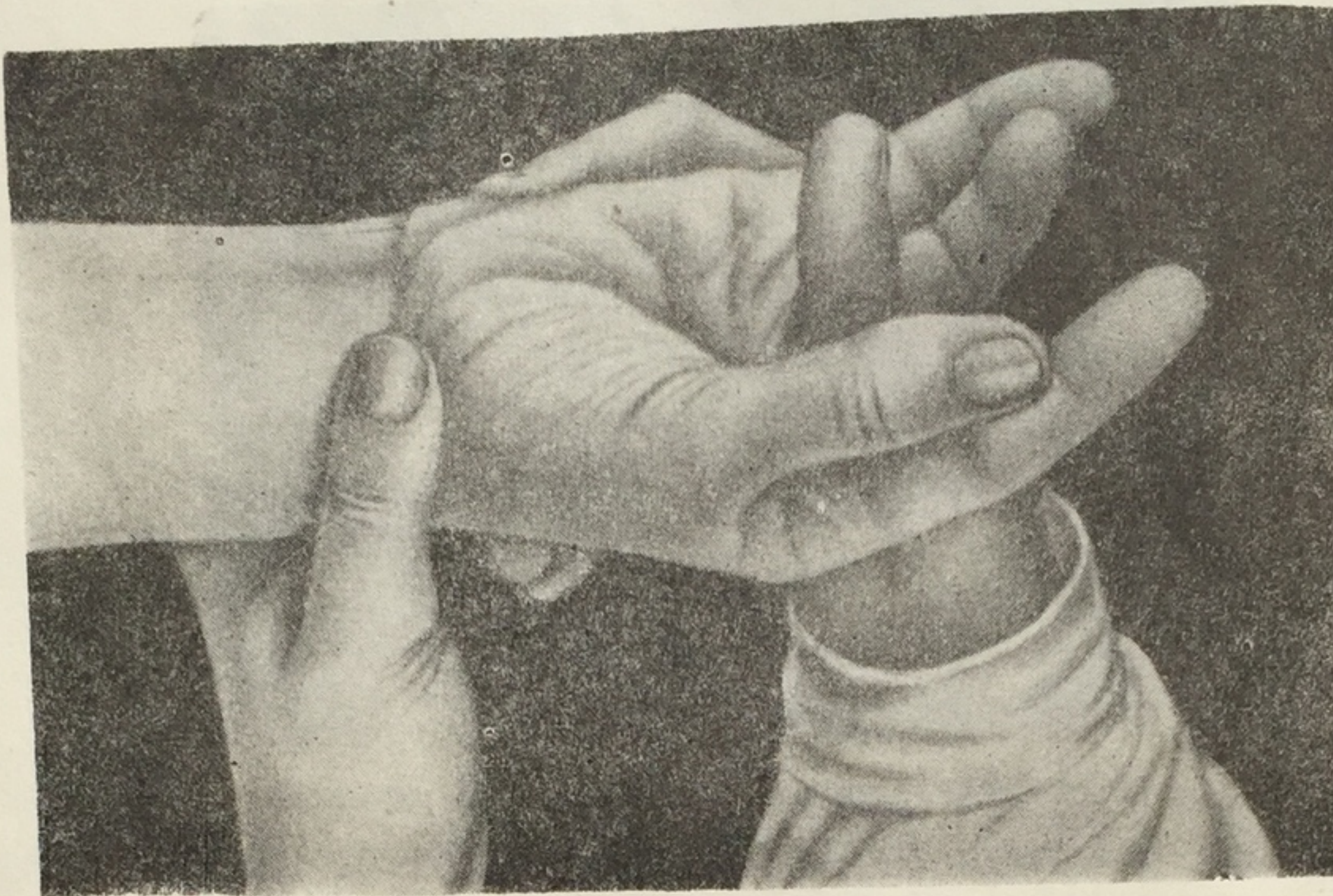


Рис. 524. Исследование рефлекса Майера.

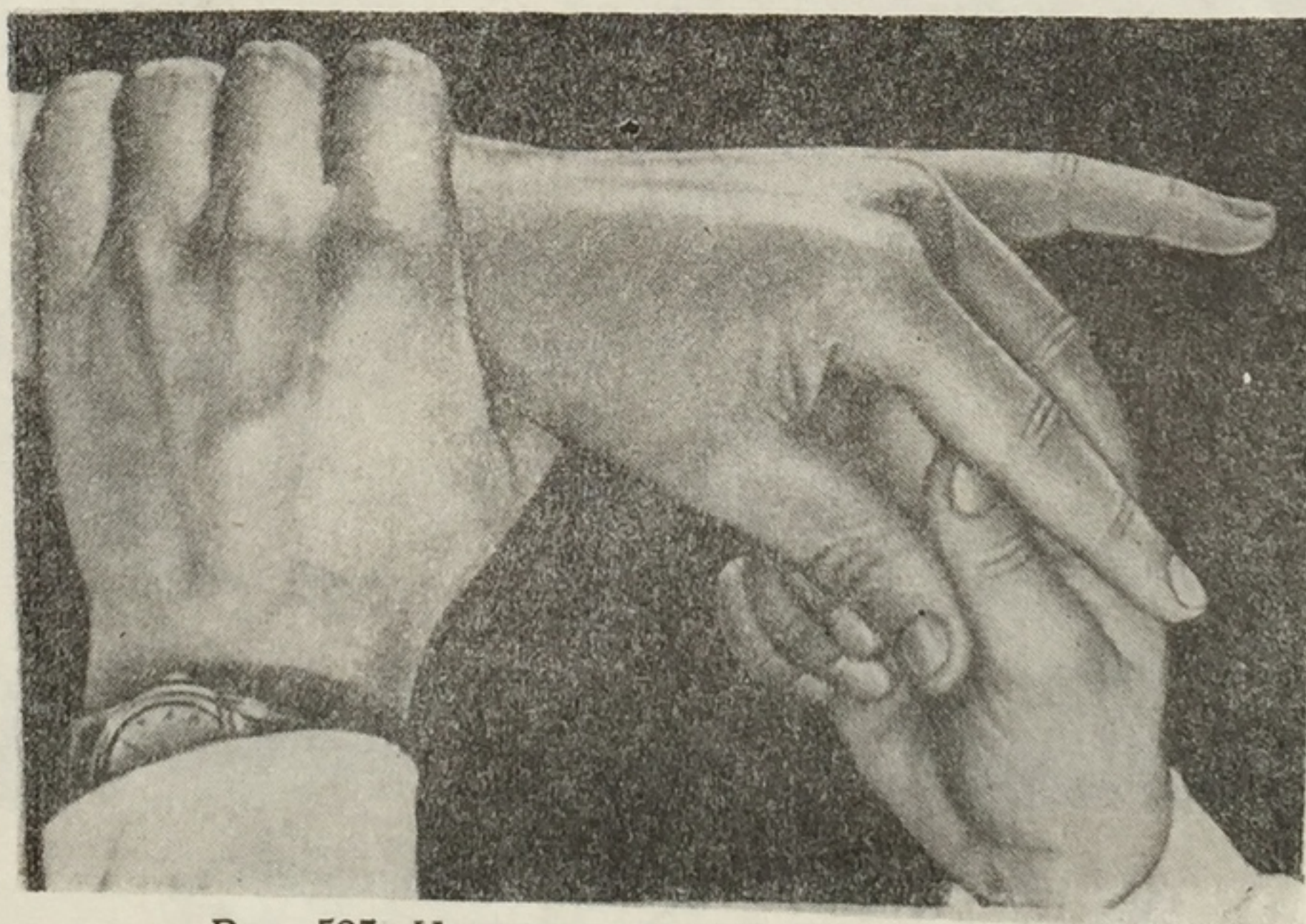


Рис. 525. Исследование рефлекса Майера.





Рис. 526. Исследование элементарных постуральных рефлексов  
m. bicipitalis brachii.

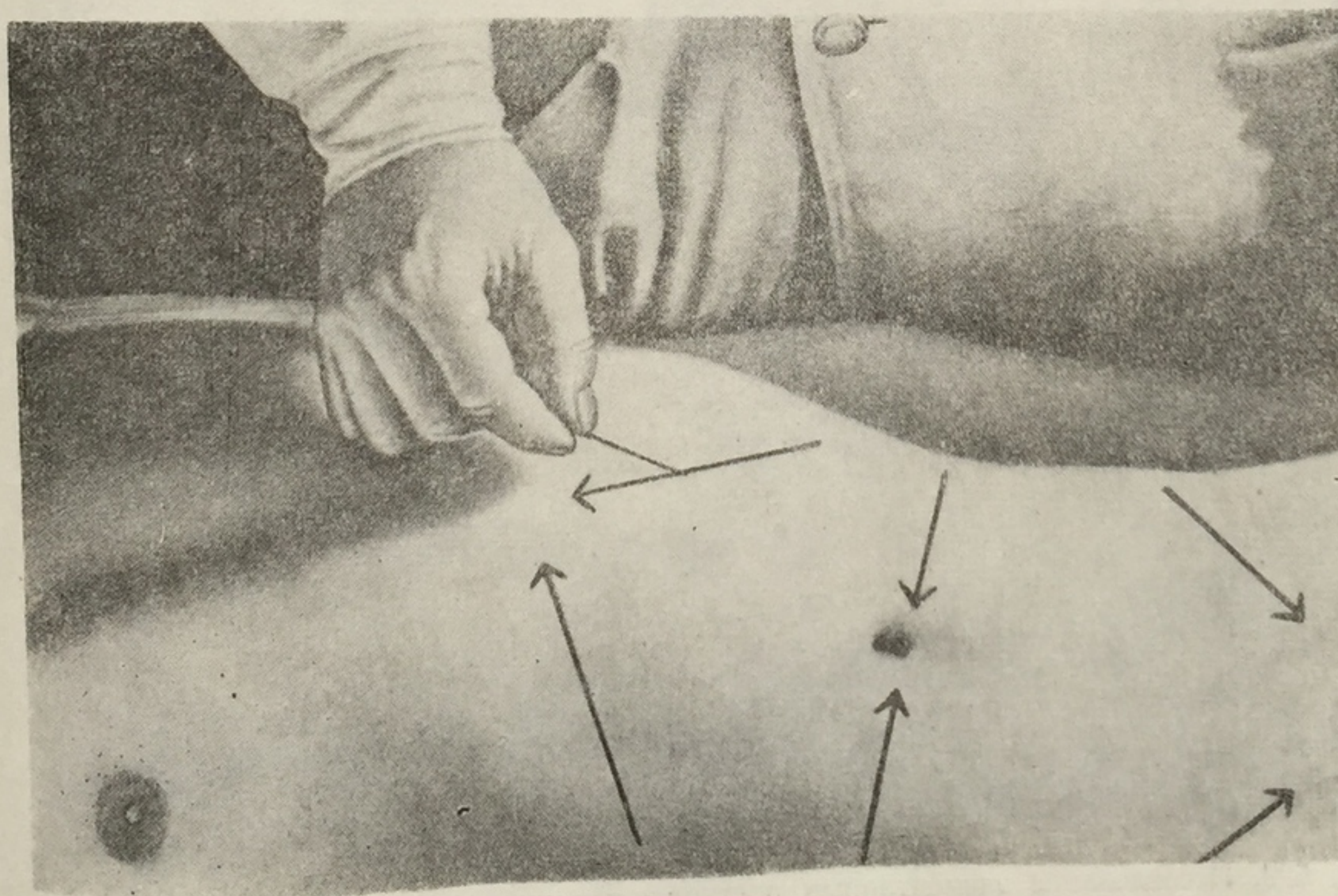


Рис. 527. Исследование брюшных рефлексов.



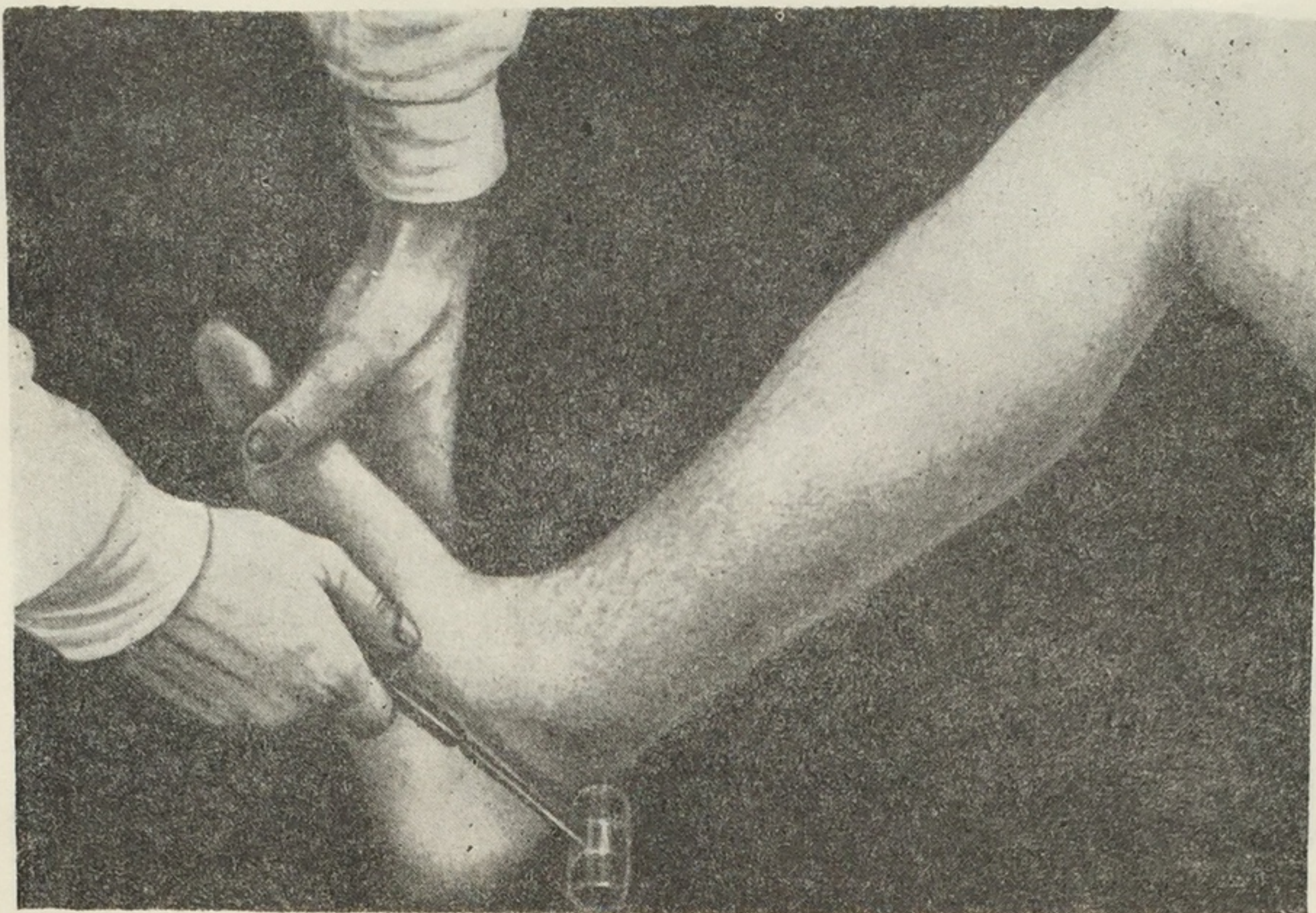


Рис. 528. Исследование рефлекса с ахиллова сухожилия.

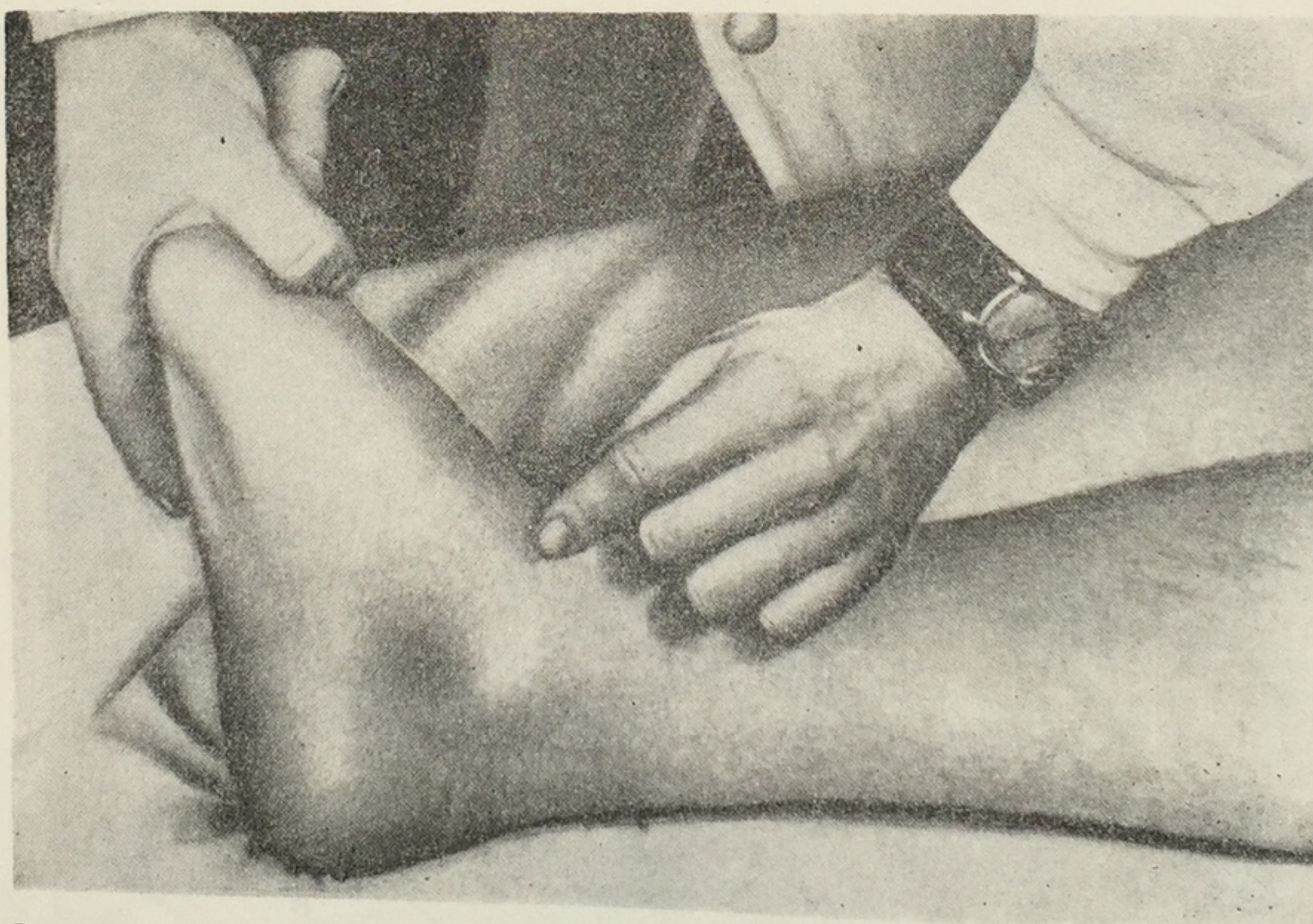


Рис. 529. Исследование элементарных постуральных рефлексов *m. tibialis ventralis*.



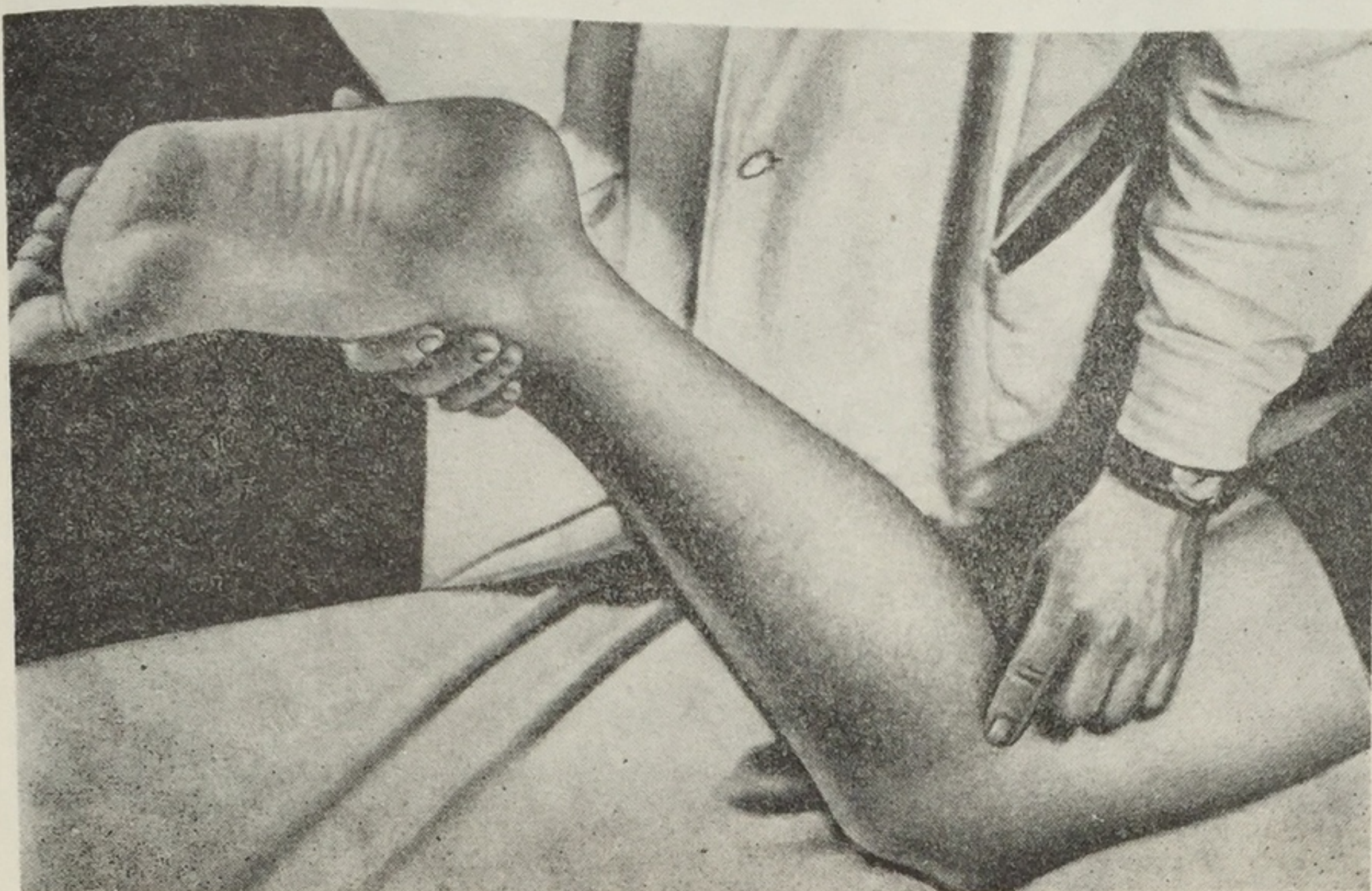


Рис. 530. Исследование элементарных постуральных рефлексов голени.

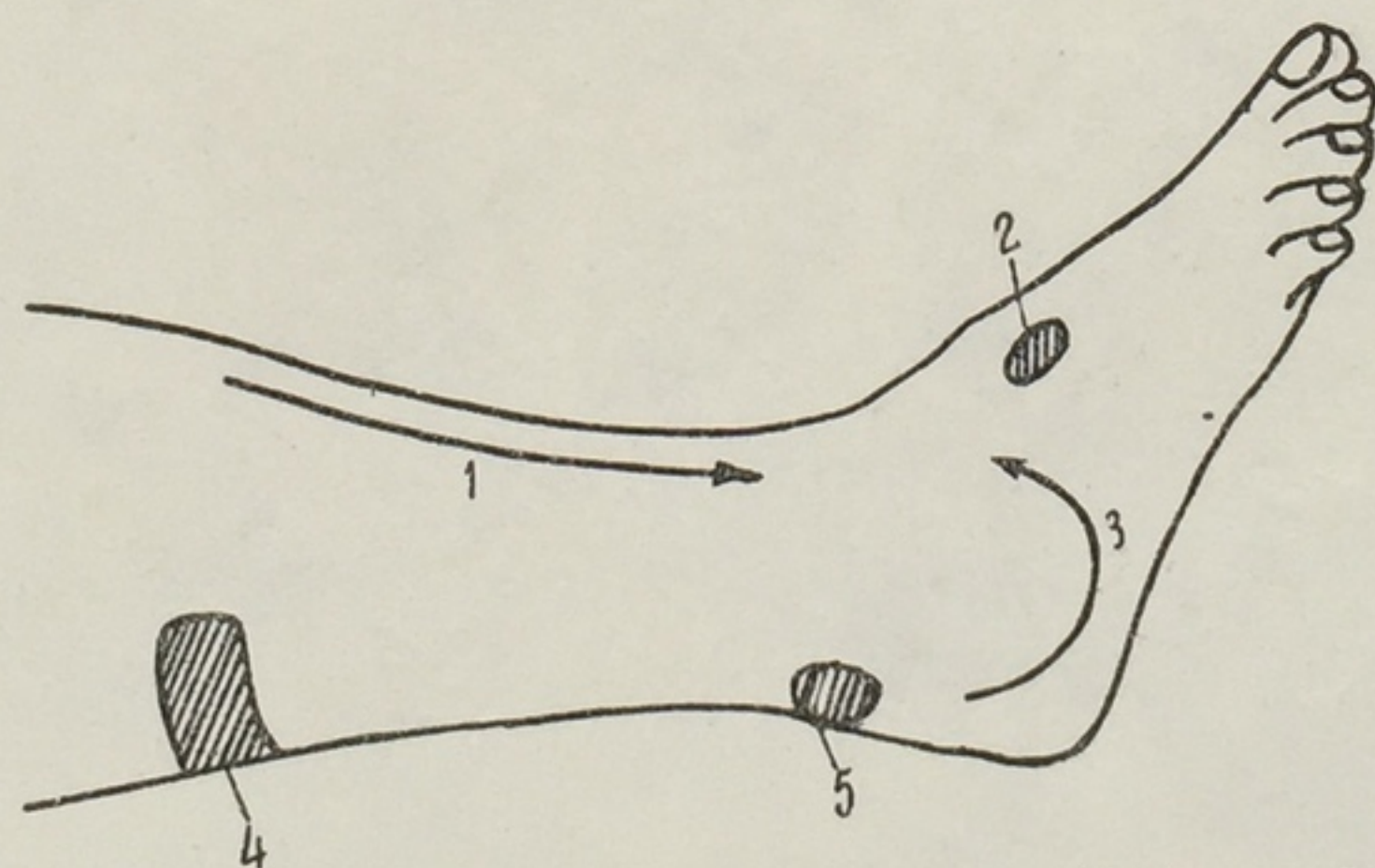


Рис. 531. Схема исследования рефлексов: 1) Оппенгейма, 2) Мендель—Бехтерева, 3) Чаддока, 4) Гордона, 5) Шефера.



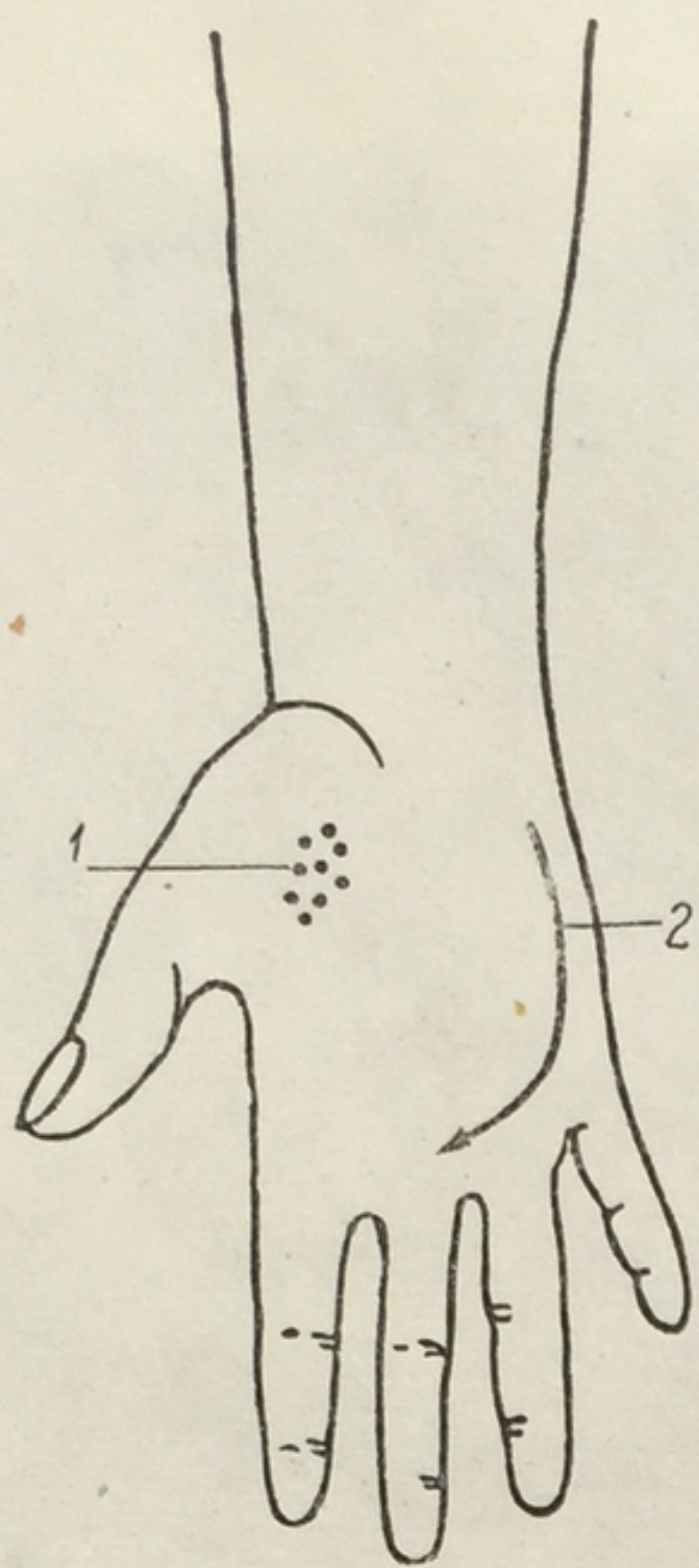


Рис. 532. Схема исследования рефлексов: 1) Маринеско — Радовичи, 2) Юстера.

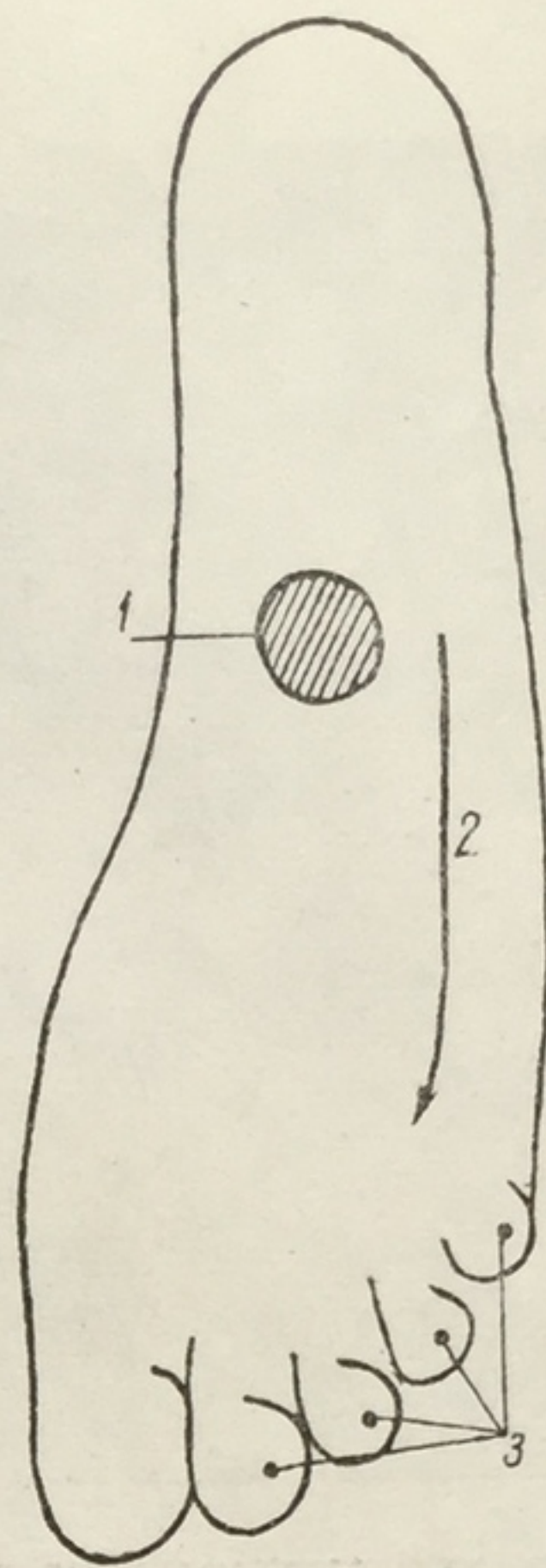


Рис. 533. Схема исследования рефлексов: 1) Жуковского — Корнилова, 2) Бабинского, 3) Россолимо.

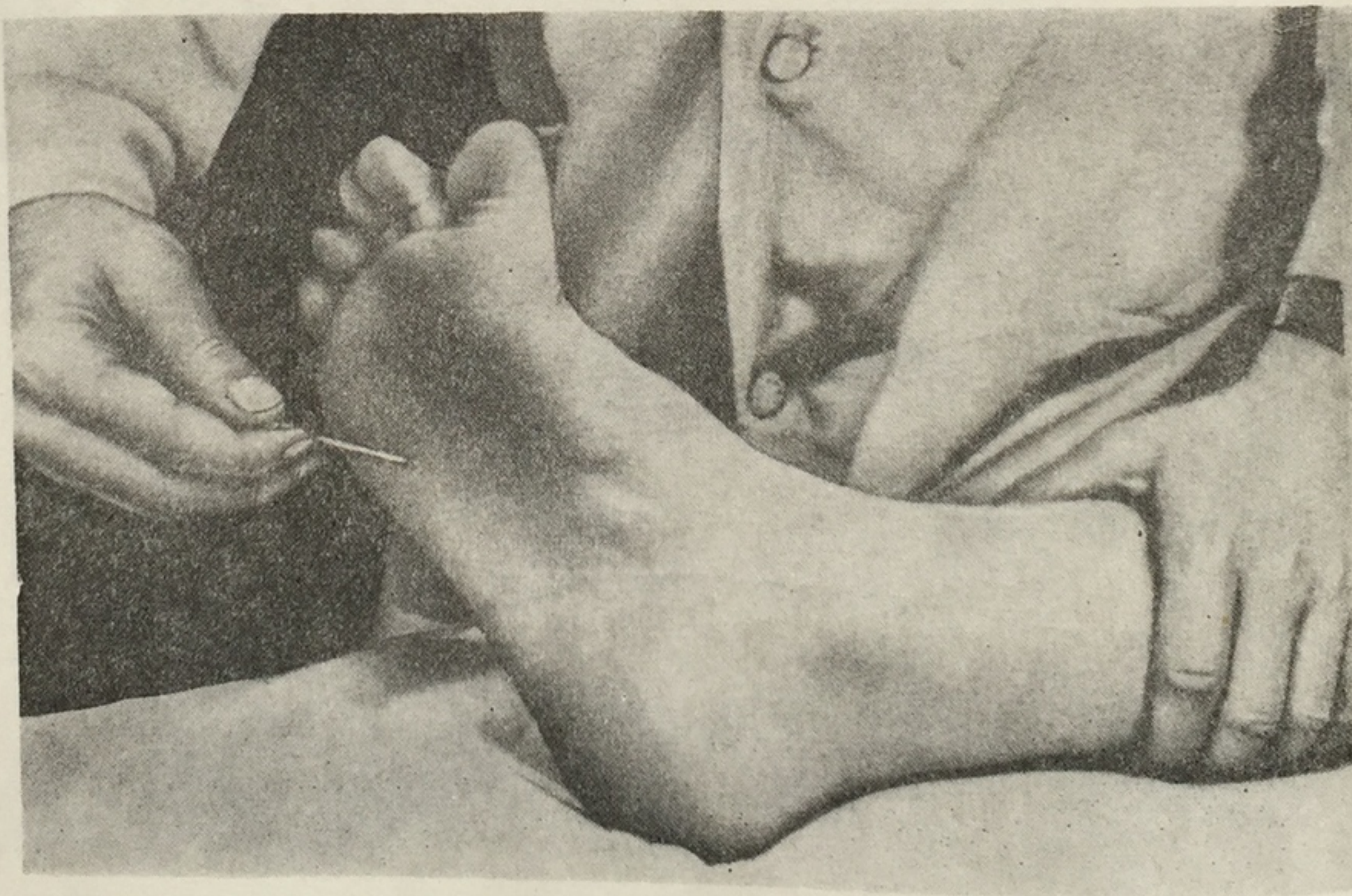


Рис. 534. Положительный симптом Бабинского.



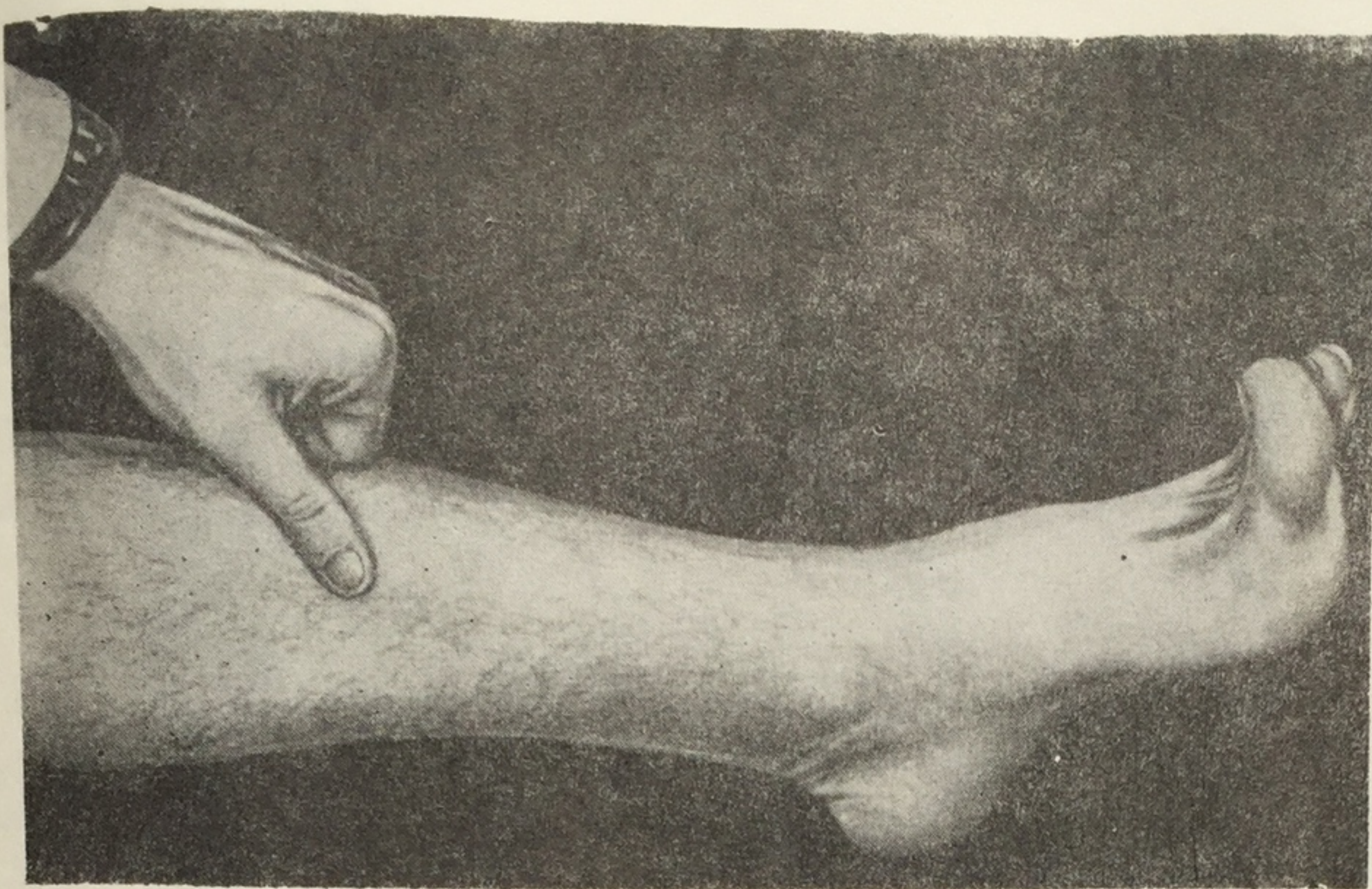


Рис. 535. Положительный симптом Оппенгейма,

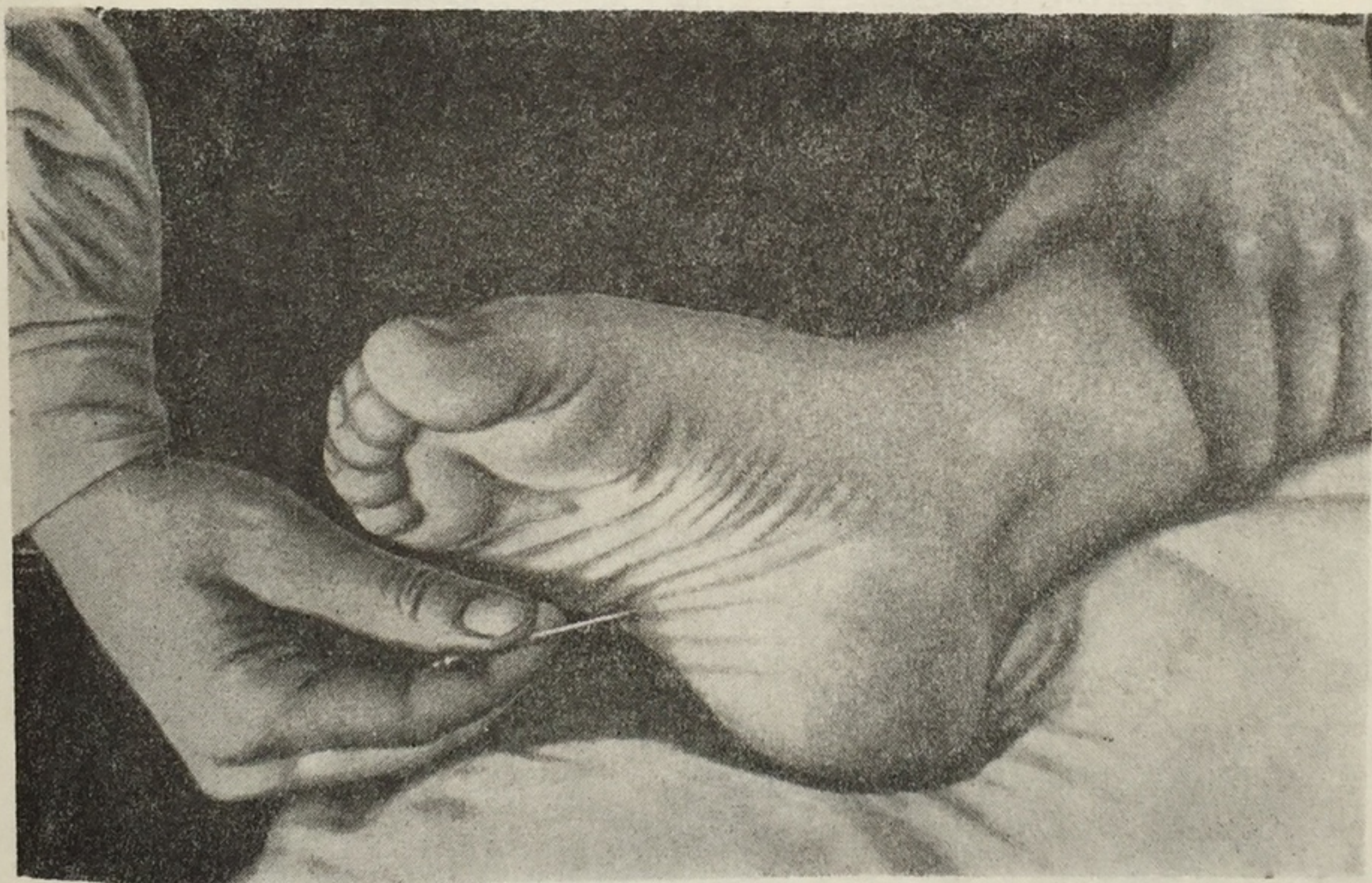


Рис. 536. Исследование плантарного рефлекса.



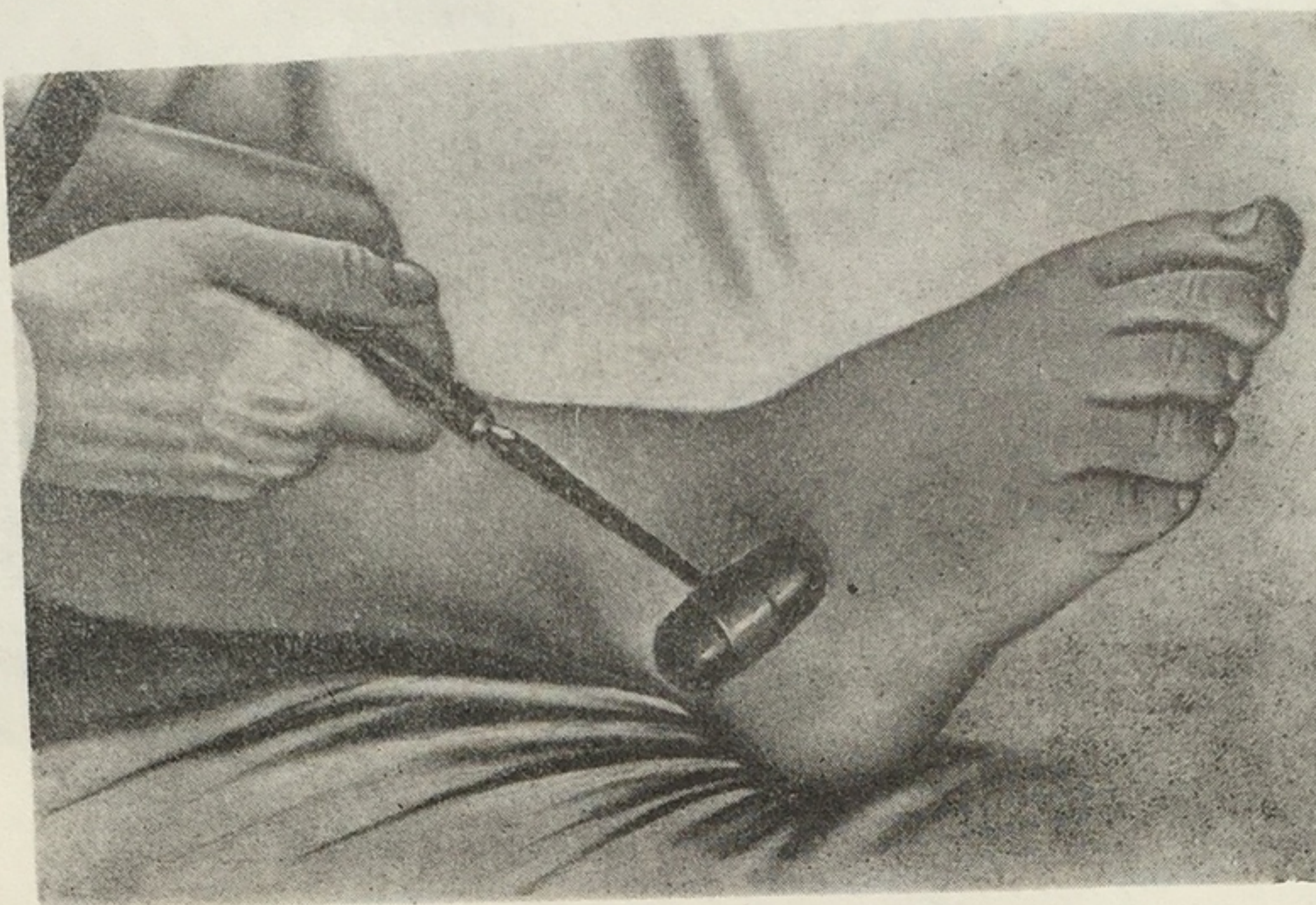


Рис. 537. Исследование симптома Мендель-Бехтерева.

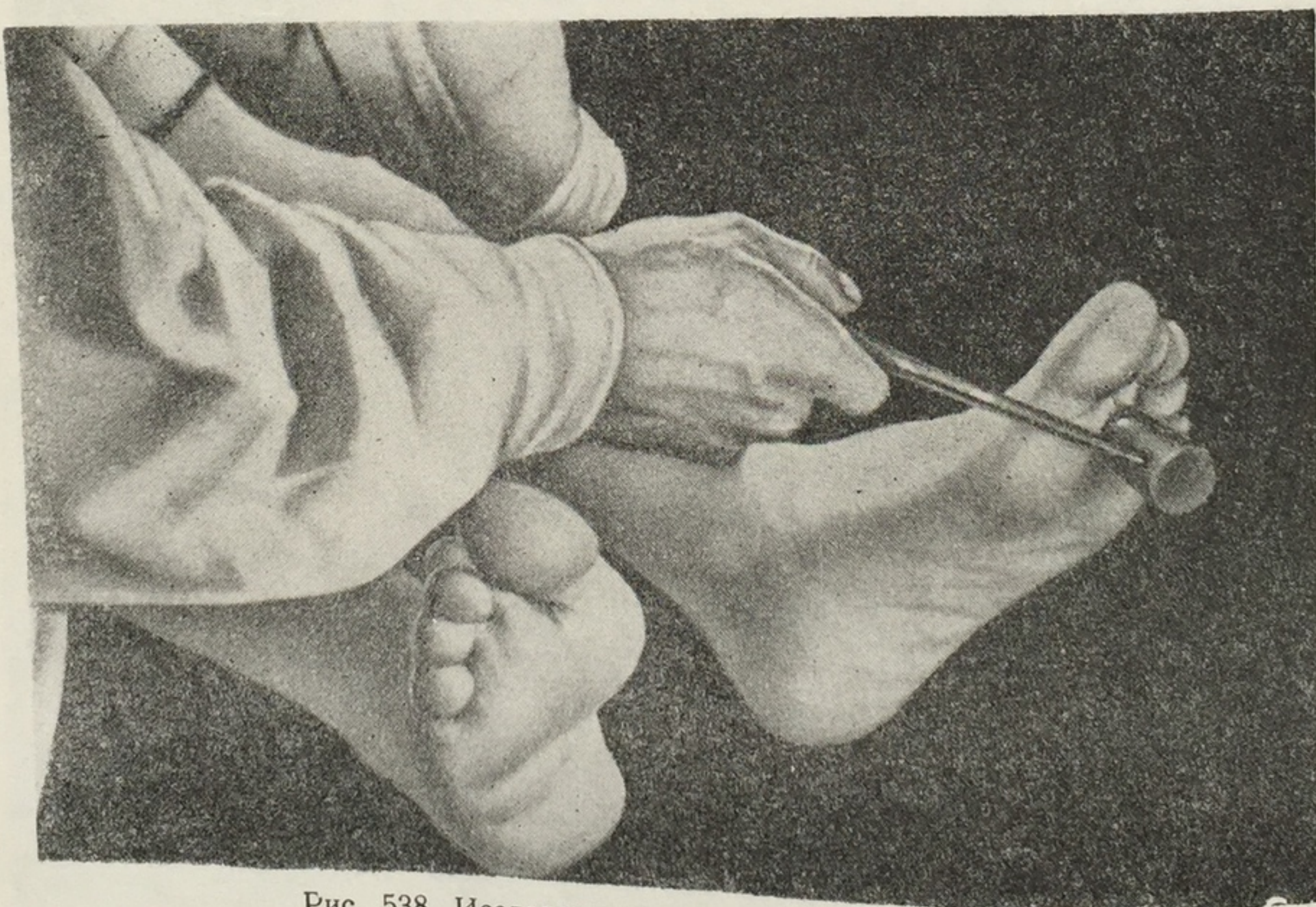


Рис. 538. Исследование симптома Россолимо.



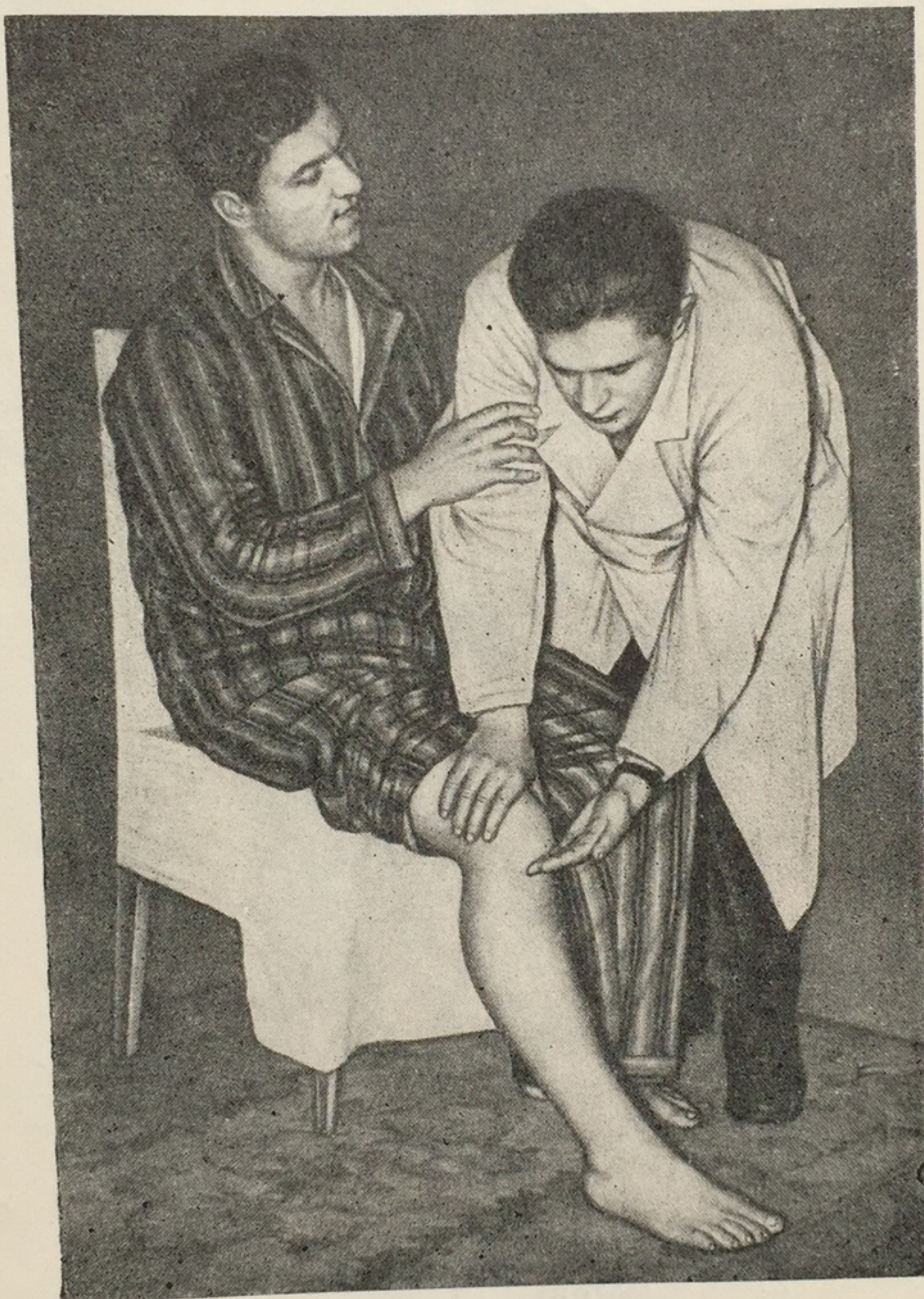


Рис. 539. Способ исследования коленных рефлексов по П. Б. Ганнушкину.



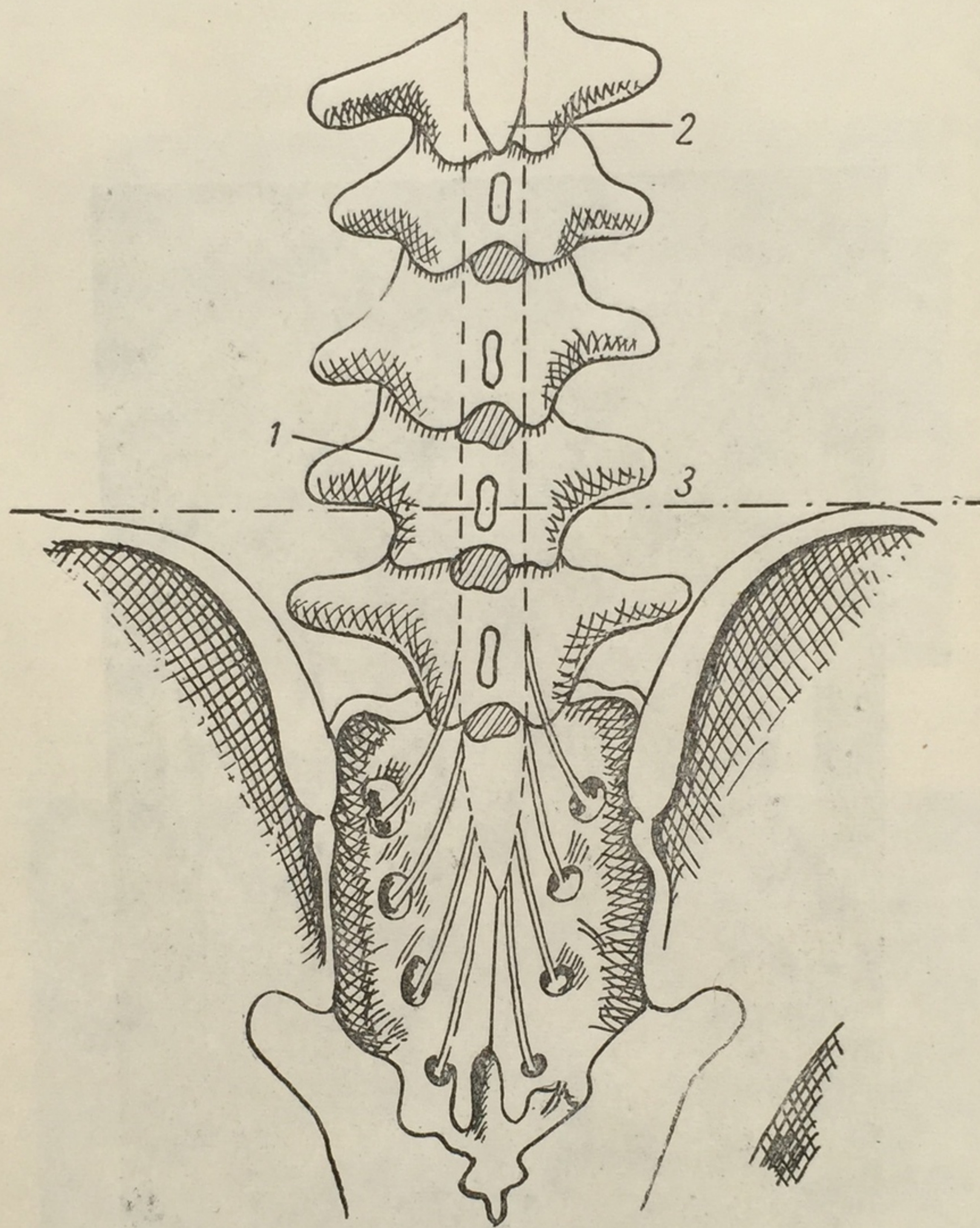


Рис. 540. Ориентировочная схема люмбальной пункции:

- 1) Vertebra lumbalis IV,
- 2) Conus medullaris,
- 3) линия Якоби.



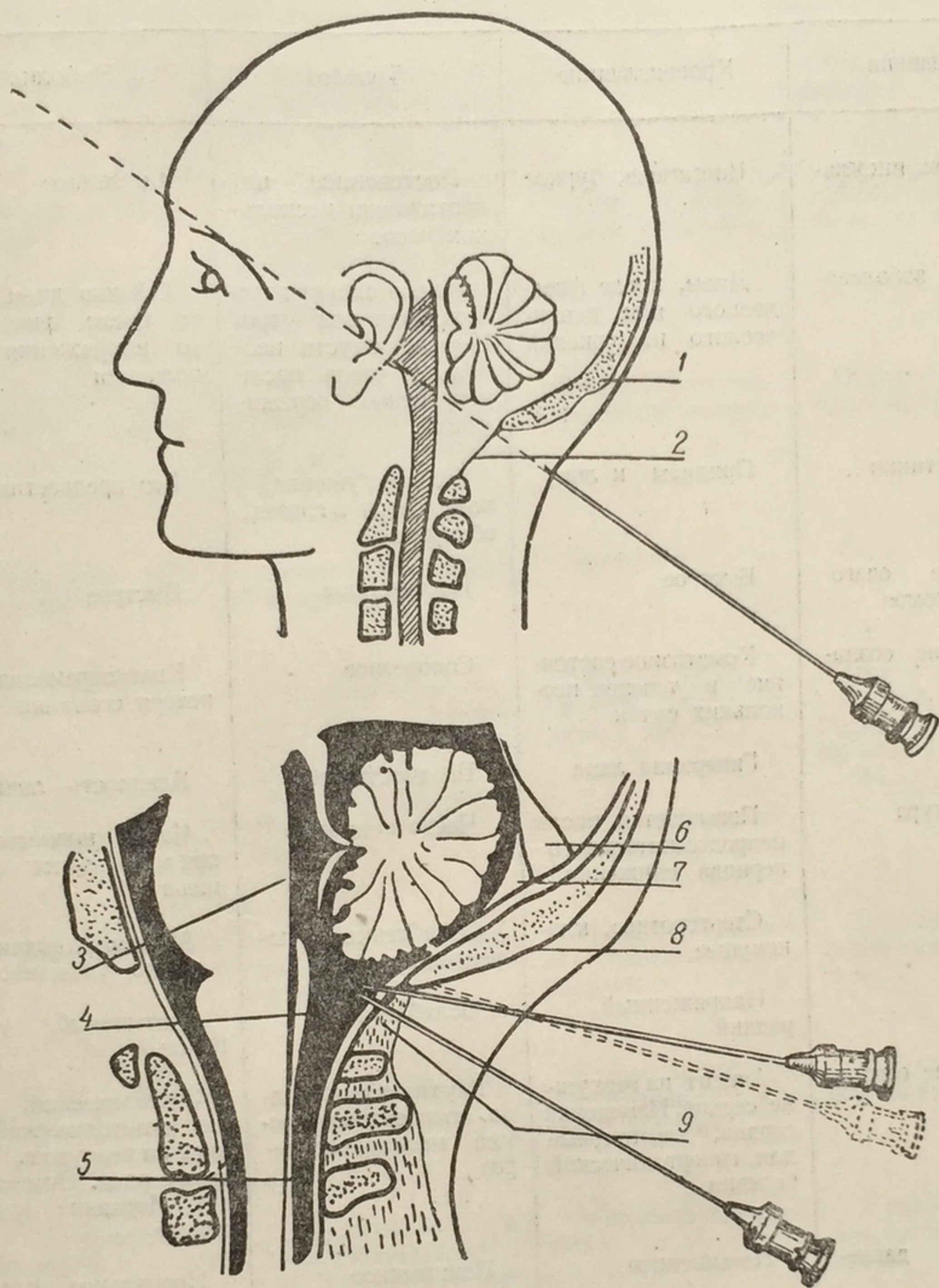


Рис. 541. Субокципитальная пункция (схема):

- 1) Os occipitale,
- 2) Membrana atlantooccipitalis,
- 3) Ventriculus IV,
- 4) Cysterna cerebellomedullaris,
- 5) Cavum subarachnoidale,
- 6) Sinus rectus,
- 7) Falx cerebelli,
- 8) Protuberantia occipitalis,
- 9) Membrana atlantooccipitalis.



# **СХЕМА Н. К. БОГОЛЕПОВА РАЗЛИЧИЙ КРОВОИЗЛИЯНИЯ, ТРОМБОЗА И ЭМБОЛИИ**

Признаки	Кровоизлияние	Тромбоз	Эмболия
Развитие инсульта	Внезапное, бурное	Постепенное, на протяжении нескольких часов	Внезапное
Начало заболевания	Днем, после физического или психического напряжения	Ночью или при пробуждении под утро. Нередко спустя несколько часов после неприятных переживаний	Обычно днем, часто после физического напряжения или волнения
Предвестники	Приливы к лицу	Головокружения, потемнения в глазах, обмороки	Без предвестников
Развитие очаговых симптомов	Быстрое	Постепенное	Быстрое
Состояние сознания	Коматозное состояние в течение нескольких суток	Сопорозное	Кратковременная потеря сознания
Лицо	Гиперемия лица	Бледность лица	Бледность лица
Температура	Повышается после непродолжительного периода снижения	Часто понижена	Часто нормальная, при эндокардите повышена
Дыхание	Стерторозное, клочущее	Ослабленное, замедленное	Аритмия дыхания, нередко учащенное
Пульс	Напряженный, редкий	Ослабленный	Аритмичный, учащенный
Состояние сердца	Акцент на верхушке сердца. Изменения сердца, характерные для гипертонической болезни	Глухие тоны сердца, атеросклеротический миокардиосклероз	Систолический, реже диастолический шум на верхушке. Пороки сердца. Эндокардит. Мерцание предсердий
Кровяное давление	Повышенное	Пониженное	Нормальное или пониженное
Зрачки	Расширены, реже сужены, иногда неравномерно (расширение на стороне очага)	Реже сужены	Расширены или нормальны
Развитие очаговых симптомов	Быстрое развитие гемиплегии с понижением тонуса, рефлексов и кожной температуры	Постепенное развитие гемиплегии	Моноплегия, реже гемипарез
Эпилептиформные припадки	Наблюдаются редко	Не характерны	Нередко эпилептиформные припадки вначале



Признаки	Кровоизлияние	Тромбоз	Эмболия
Тонические спазмы	Тонические спазмы при кровоизлиянии в желудочки	Без контрактур	Отсутствие контрактур
Менингеальные явления	Симптом Кернига, ригидность затылочных мышц (при подоболочечных кровоизлияниях)	Отсутствие менингеальных явлений	Менингеальные явления не типичны
«Симптомы на расстоянии» от очага	Иногда компрессионно-стволовые явления при обширном кровоизлиянии	Отсутствие «симптомов на расстоянии»	Отсутствие «симптомов на расстоянии»
Движения глазных яблок	Иногда при обширном кровоизлиянии	Отсутствие	Отсутствие
Глазное дно	Кровоизлияния на дне глаза, в сетчатку. Гипертоническая (регионарная) с отеком и геморрагиями. Иногда венозные аневризмы	Часто склероз и сужение сосудов на глазном дне	Отсутствие изменений глазного дна. Редко эмболия центральной артерии сетчатки.
Анамнез	Данные о заболевании гипертонической болезнью	Нередко указания на тромботические инсульты	Заболевание сердца, (эндокардит), ревматизм
Функция тазовых органов	Недержание мочи	Нарушения быстрее восстанавливаются и менее выражены	Мочеиспускание обычно не нарушается
Спинномозговая жидкость	Кровянистая или ксантохромная, иногда повышено содержание сахара (при субарахноидальном кровоизлиянии)	Жидкость прозрачная	Жидкость прозрачная, иногда повышен цитоз
Кровь	Увеличение количества лейкоцитов, изредка с палочковым сдвигом, иногда повышение билирубина в крови	Увеличение вязкости крови, количества протромбина	Лейкоцитоз с палочковым сдвигом, ускоренная РОЭ
Моча	Следы белка, иногда наличие сахара	Моча без особых изменений	В моче может быть повышено содержание белка и лейкоцитов

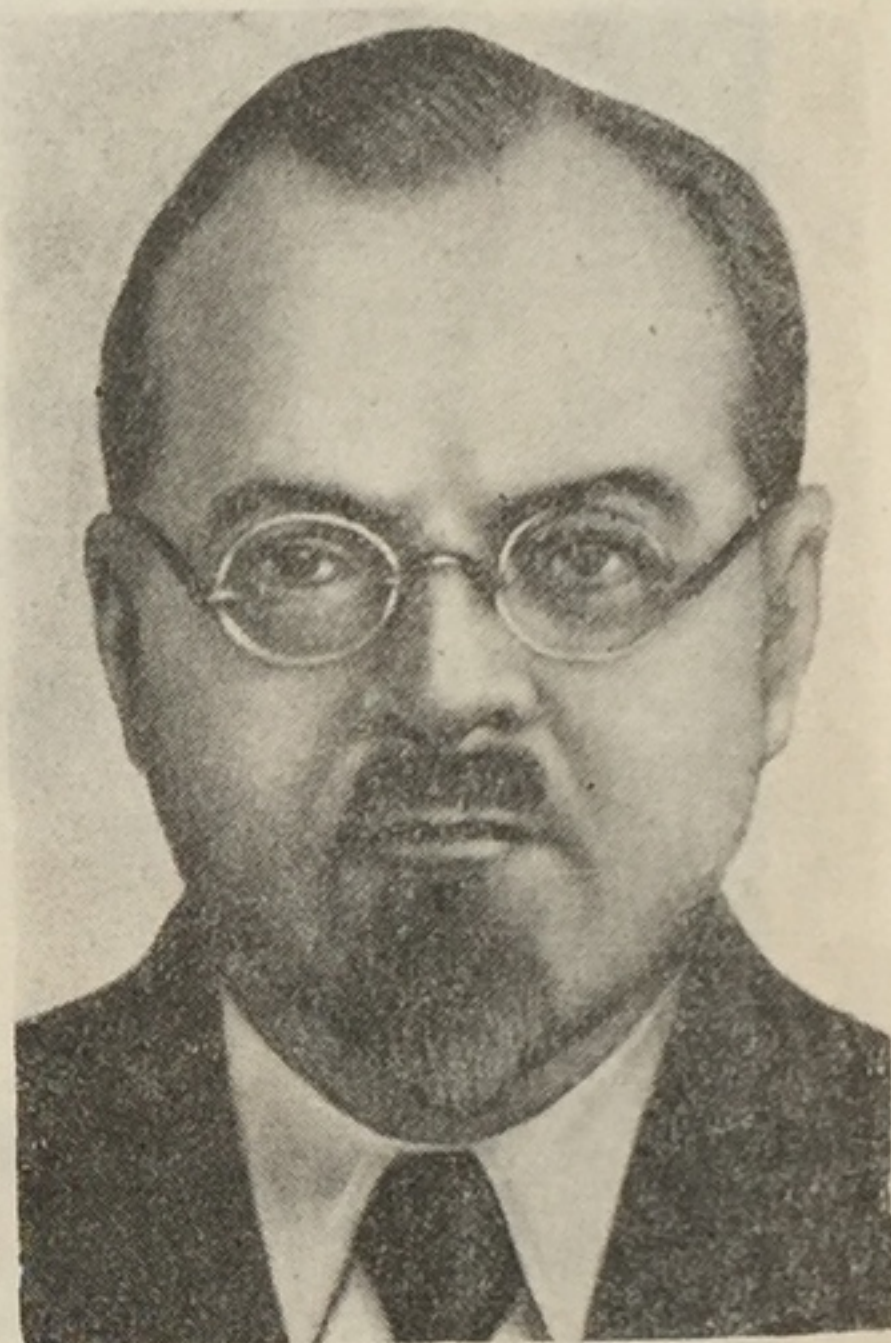


**Владимирский** (1879) естествознание факультета ассистентом Киевского при кафедре ского факультета. В 1911 году Киевского (с 1920), агрономическо-технического чил премии премию им в году им С. С. Дидинский тория эле логи.



## ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ

**Владимир Владимирович Правдич-Неминский** (1879—1953) окончил в 1907 году естественное отделение физико-математического факультета Киевского университета. Работал ассистентом (1908) в лаборатории физиологии Киевского университета (зав. В. Ю Чаговец), при кафедре нормальной физиологии медицинского факультета Киевского университета (1910). В 1911 году окончил медицинский факультет Киевского университета. Был преподавателем (с 1920), доцентом, профессором физиологии агрономического факультета Киевского политехнического института. В 1926 году получил премию имени И. И. Мечникова, в 1929 — премию имени Р. Я. Данилевского. В 1939 году им была организована в Академии медицинских наук СССР специальная лаборатория электроэнцефалографии и общей физиологии.



В 1912—1913 гг. В. В. Правдич-Неминским был разработан и впервые применен метод объективной графической регистрации быстро протекающих электрических явлений в головном мозгу млекопитающих. Полученным графическим регистрациям В. В. Правдич-Неминский дал название «электроэнцефалограмм». В. В. Правдич-Неминскому принадлежит приоритет в области графической регистрации токов головного мозга теплокровных животных и классификации ритмов электрических колебаний в головном мозгу соответственно их амплитуде и частоте (7 типов), а также в терминологии вопроса. (К. М. Быков). Первыми его научными сообщениями на эту тему являются: «К познанию электрических и иннервационных процессов в функциональных элементах и тканях животного организма. Некоторые явления в центральной нервной системе *Rana temporaria*». *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1913; «К познанию электрических и иннервационных процессов в функциональных элементах и тканях животного организма. Опыт регистрации электрических явлений в головном мозгу млекопитающих». *Ztrbl. f. Physiol.* 1913; «К познанию электрических и иннервационных процессов в функциональных элементах и тканях животного организма. К познанию иннервационного ритма. Электромиограмма холонокровных по опытам разрушения спинного мозга». *Екатеринославский мед. журнал*, 1923; «К познанию электрических и иннервационных процессов в функциональных элементах и тканях животного организма. Электроэнцефалограмма млекопитающего». *Pflug. Arch. f. ges. Physiol.*, 1925, 5/6.



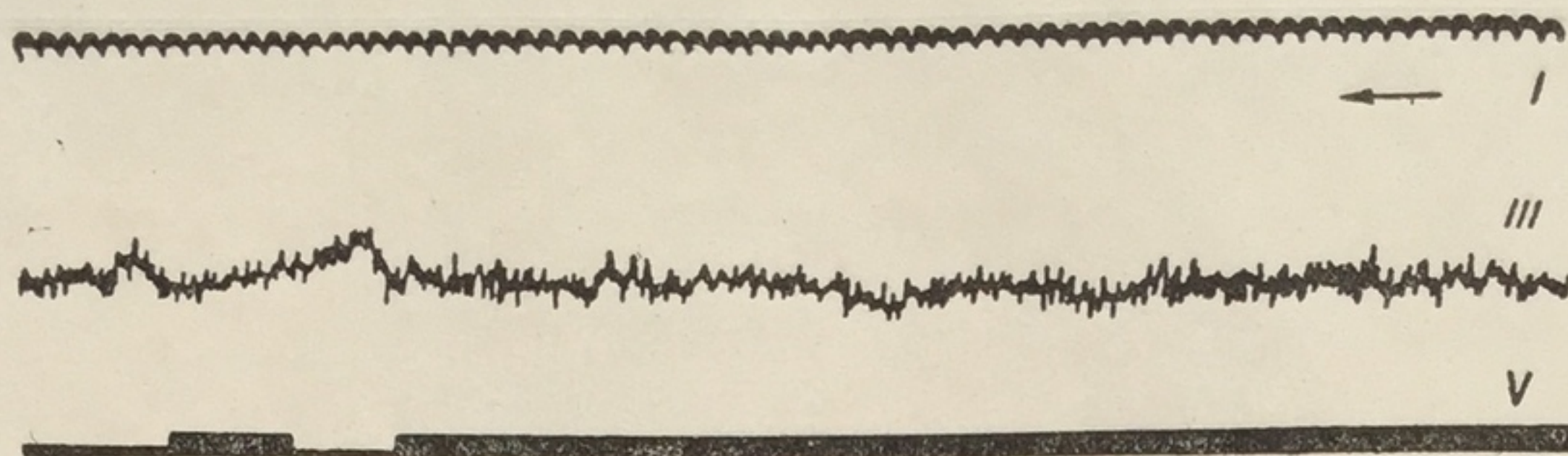
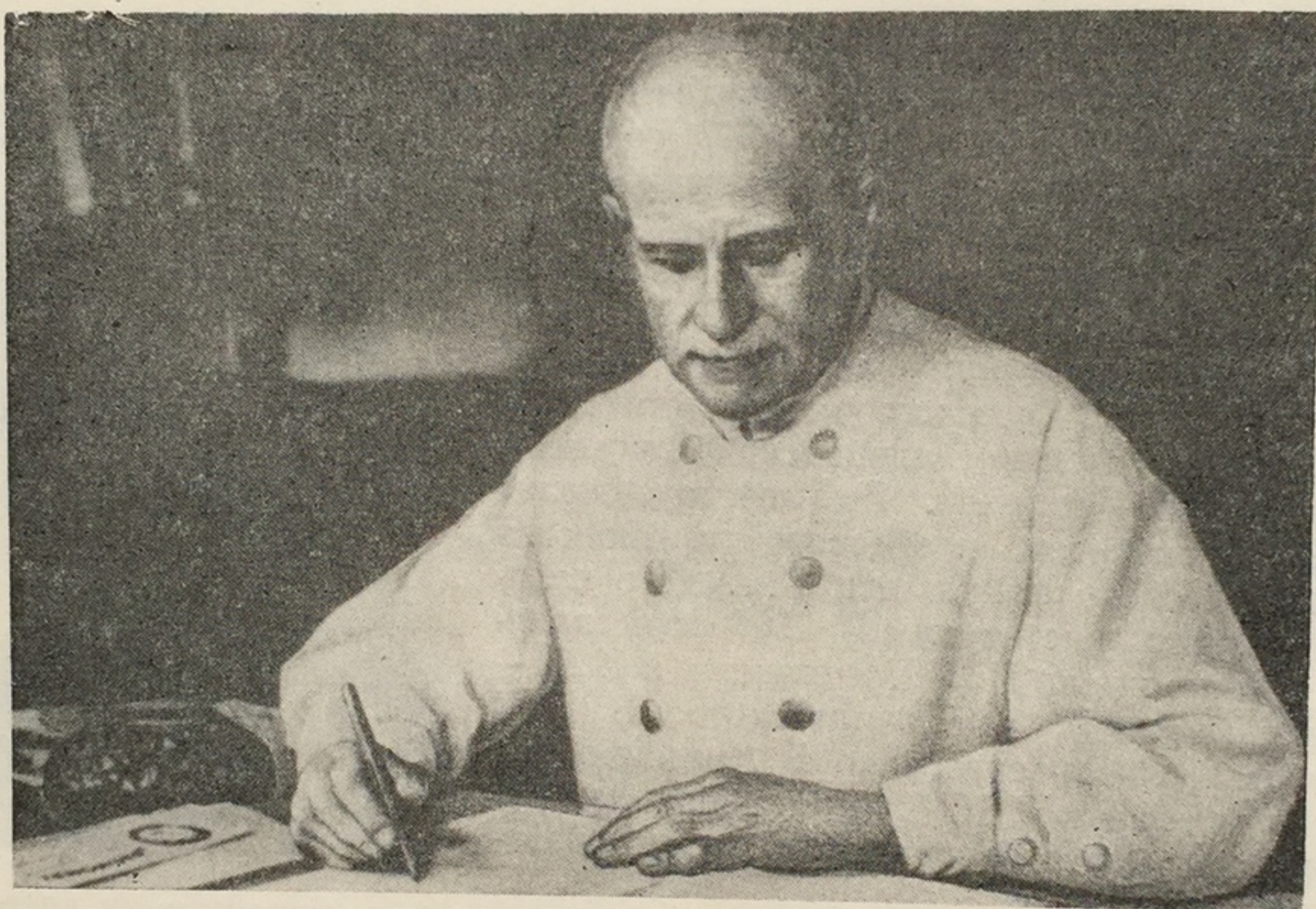


Рис. 542. Электроцереброграмма, зарегистрированная В. В. Правдич-Неминским у собаки при наложении электродов на обнаженную поверхность мозга.

В. В. Правдич-Неминский, Электроцеребрография, электромиография и значение ионов аммония в жизненных процессах организма, Избранные труды, Л., 1958.



Ганс Бергер (1872—1941) окончил в 1897 году медицинский факультет Иенского университета. Был ассистентом, приват-доцентом, главным врачом клиники профессора Бинсвангера. С 1919 года — профессор психиатрии и невропатологии медицинского факультета в Иене, в 1927 году — ректор университета. Опубликовал монографию «Психофизиология в 12 лекциях», содержащую результаты изучения температуры и кровообращения в полостях черепа. В 1924 году отметил изменение электрического потенциала человеческого мозга (наличие биотоков в мозгу кролика и обезьяны, Кей-тон — 1874, биотоки в периферических нервах ему были известны). В 1929 году Бергер построил электроэнцефалограф и получил первые электроэнцефалограммы. Опубликовал 14 работ по электроэнцефалографии. (Мед. реф. журнал, N 9, 1929, Münch. Med. Wsch. 1959, 22 w. Schulte. — Hans Berger: ein Lebensbild des Entdeckers des Elektrencephalogramus).

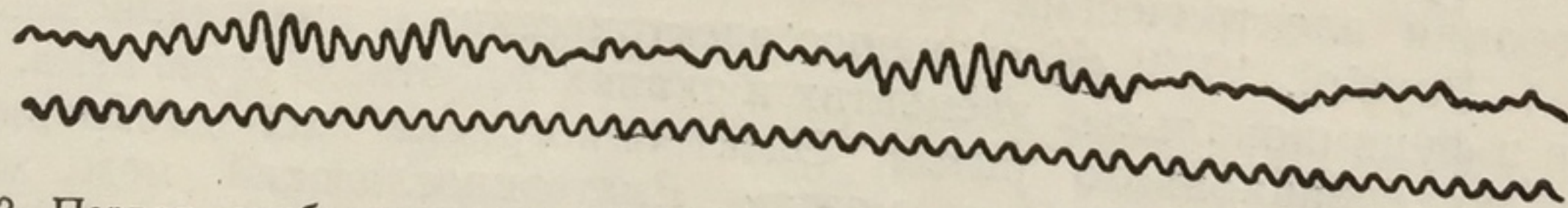


Рис. 543. Первая опубликованная электроэнцефалограмма человека. Записана Бергером у его маленького сына в 1929 году. (Отметка времени — нижняя линия — 10 колебаний в 1 сек.). М. Брейзье, Электрическая активность нервной системы, М., 1955.

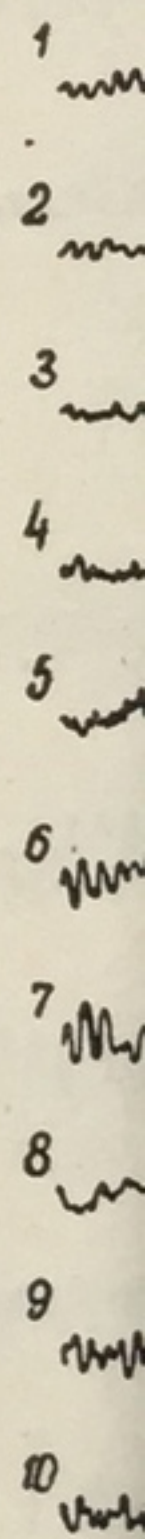
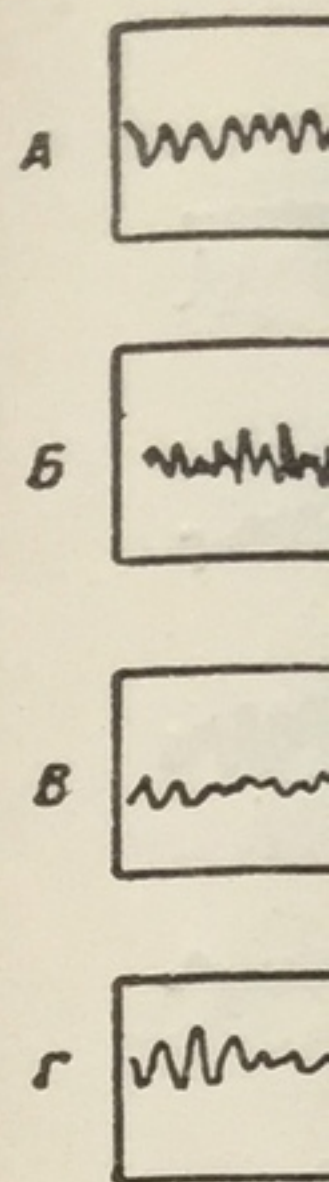


Рис. 545. В

Ф. Джиббс



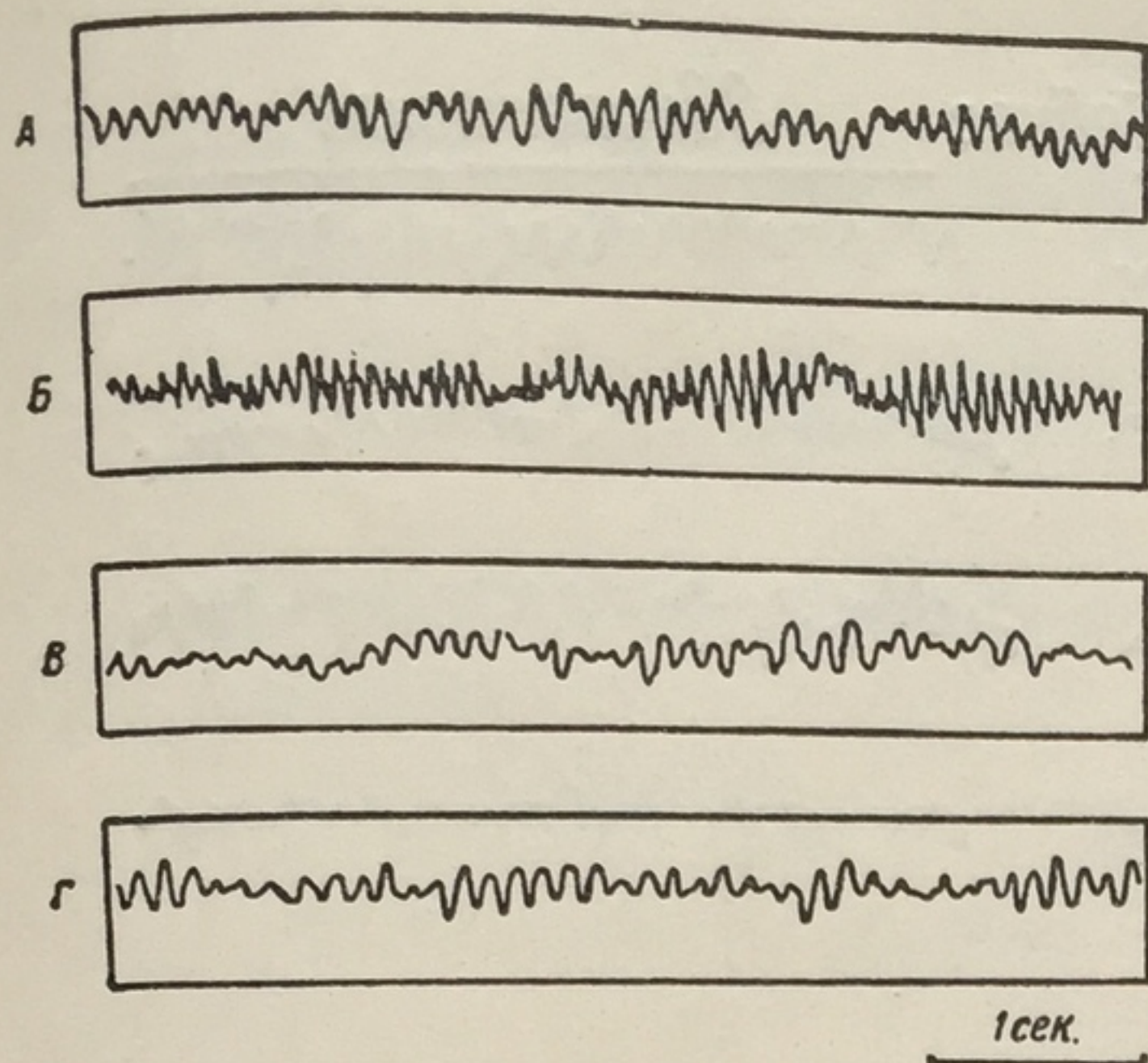


Рис. 544. Электроэнцефалограммы четырех различных представителей позвоночных (из Джаспера, Бриджмена и Кармихаэля, 1937, Эдриана, 1947 и Джаспера, Конне, Паденца и Беннета, 1943).

А — морская свинка; Б — кошка, В — обезьяна; Г — человек. Электроэнцефалограммы животных записаны непосредственно от коры человека с поверхности черепа. У кошки регистрация велась под слабым нембуталовым наркозом, у обезьяны — под местной анестезией. У морской свинки и человека ЭЭГ сняты без наркоза.

М. Брейзье (Mary A. B. Brazier). Электрическая активность нервной системы. М., 1955.

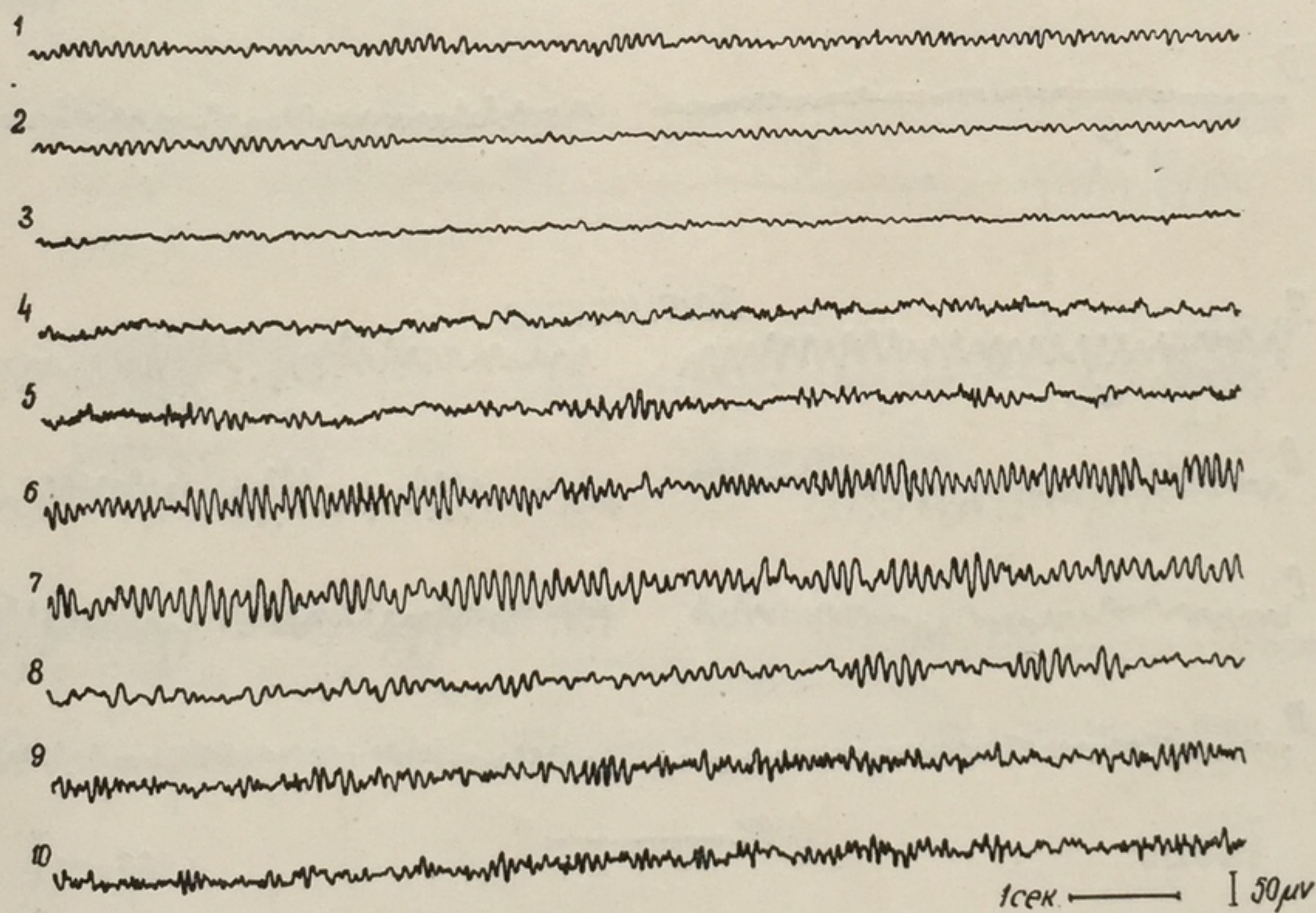


Рис. 545. Варианты нормальной электроэнцефалограммы (ЭЭГ) у 10 здоровых людей (затылочное отведение тока).

Ф. Джиббс и Е. Джиббс (Gibbs F. A., Gibbs E. L.), Атлас электроэнцефалографии, Кембридж, 1941.



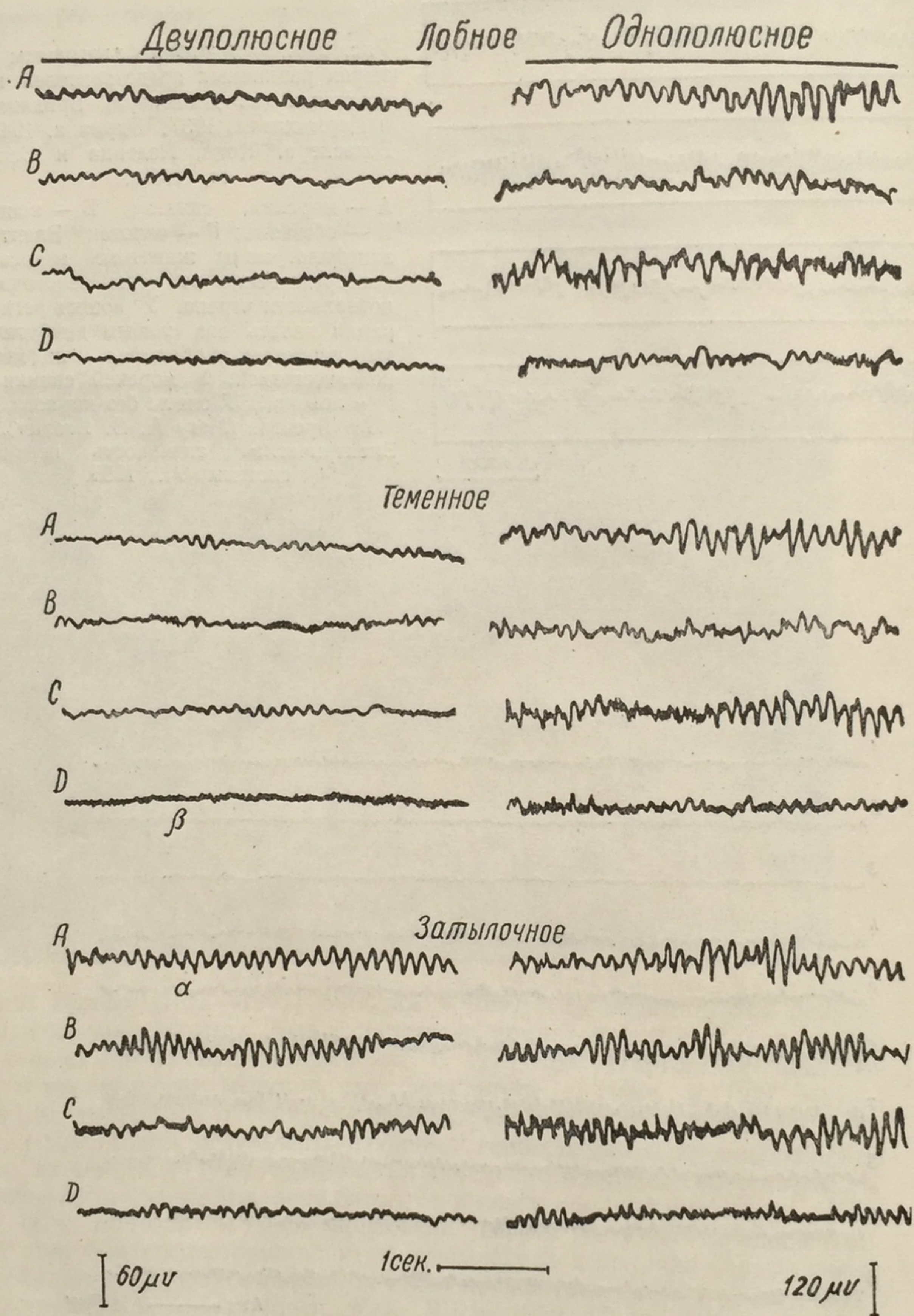


Рис. 546. Индивидуальные различия в нормальной электроэнцефалограмме (ЭЭГ) у 4 людей (А, В, С, Д) при монополярном (однополюсном) и биполярном (двуполюсном) отведении тока.

В. Пенфилд и Т. Эрикссон, Эпилепсия и мозговая локализация, М., 1949.  
Герберт Г. Джеспер, гл. XIV, Электроэнцефалография.



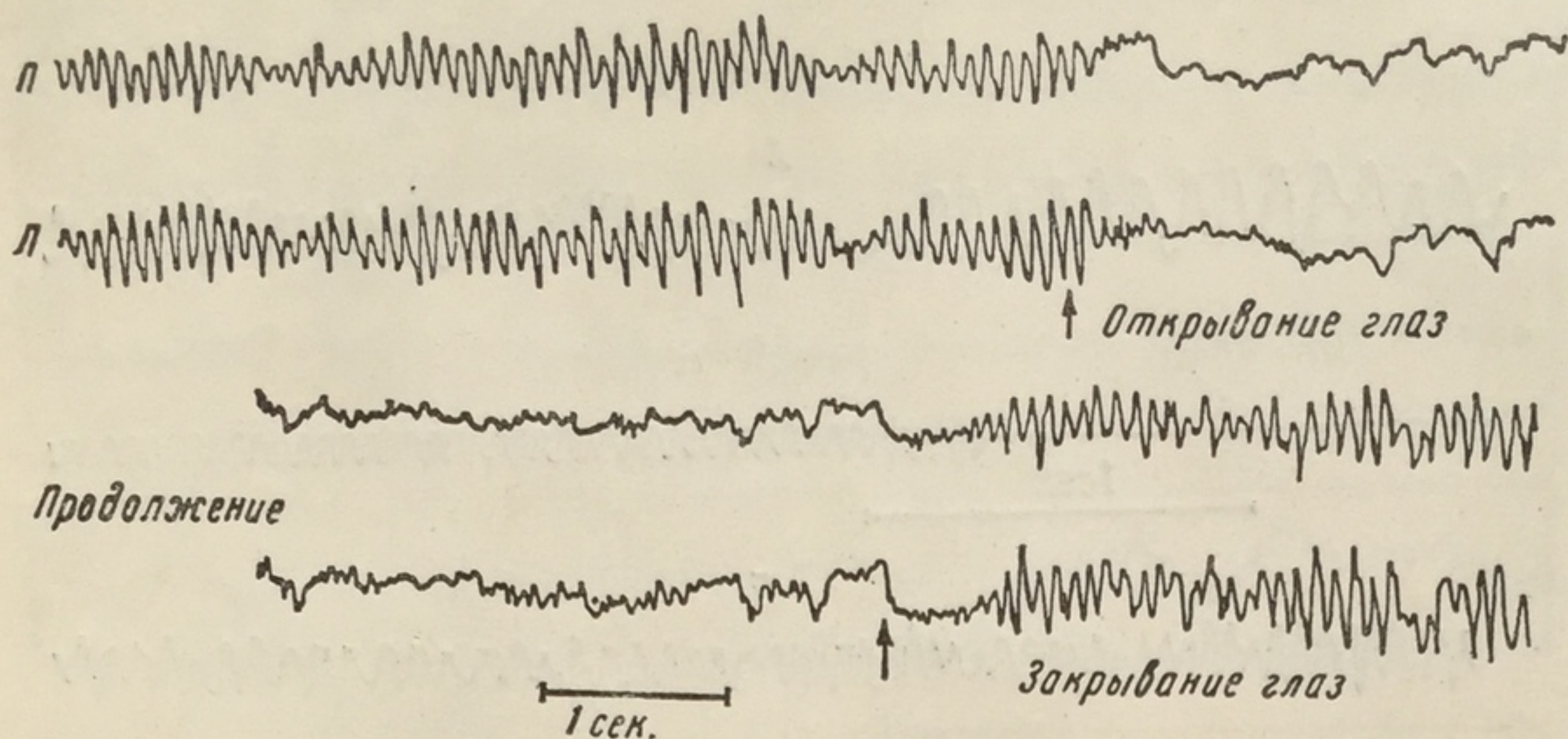


Рис. 547. Реактивность ритмов электрической деятельности.  
 Действие зрительного раздражения на затылочный альфа-ритм. Влияние открывания и закрывания глаз на альфа-ритм, записанный одновременно с правой (П) и с левой (Л) затылочных областей у нормального человека (монопольное отведение).  
 Там же.

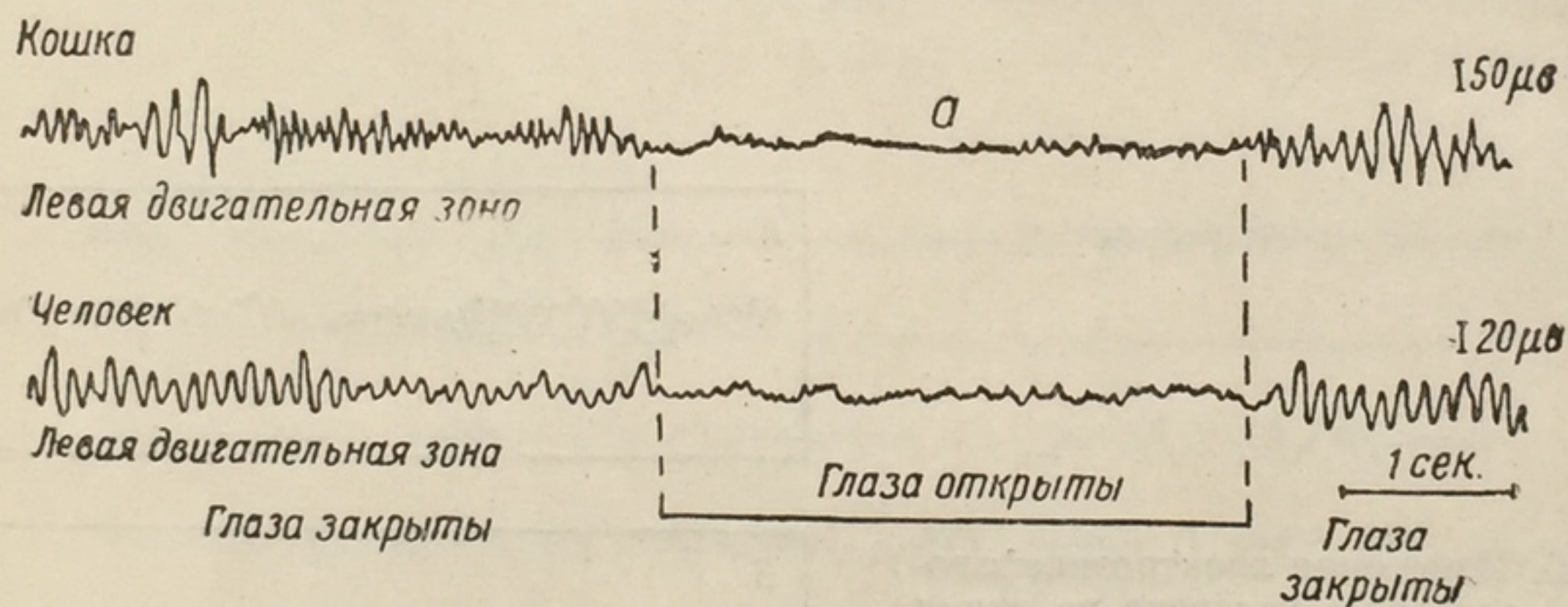


Рис. 548. Влияние закрывания и открывания глаз на альфа-ритм кошки и человека (по Кэмпбелу и Джигбсу, 1936).  
 М. Брейзье (May A. B. Brazier), Электрическая активность нервной системы. М., 1955.



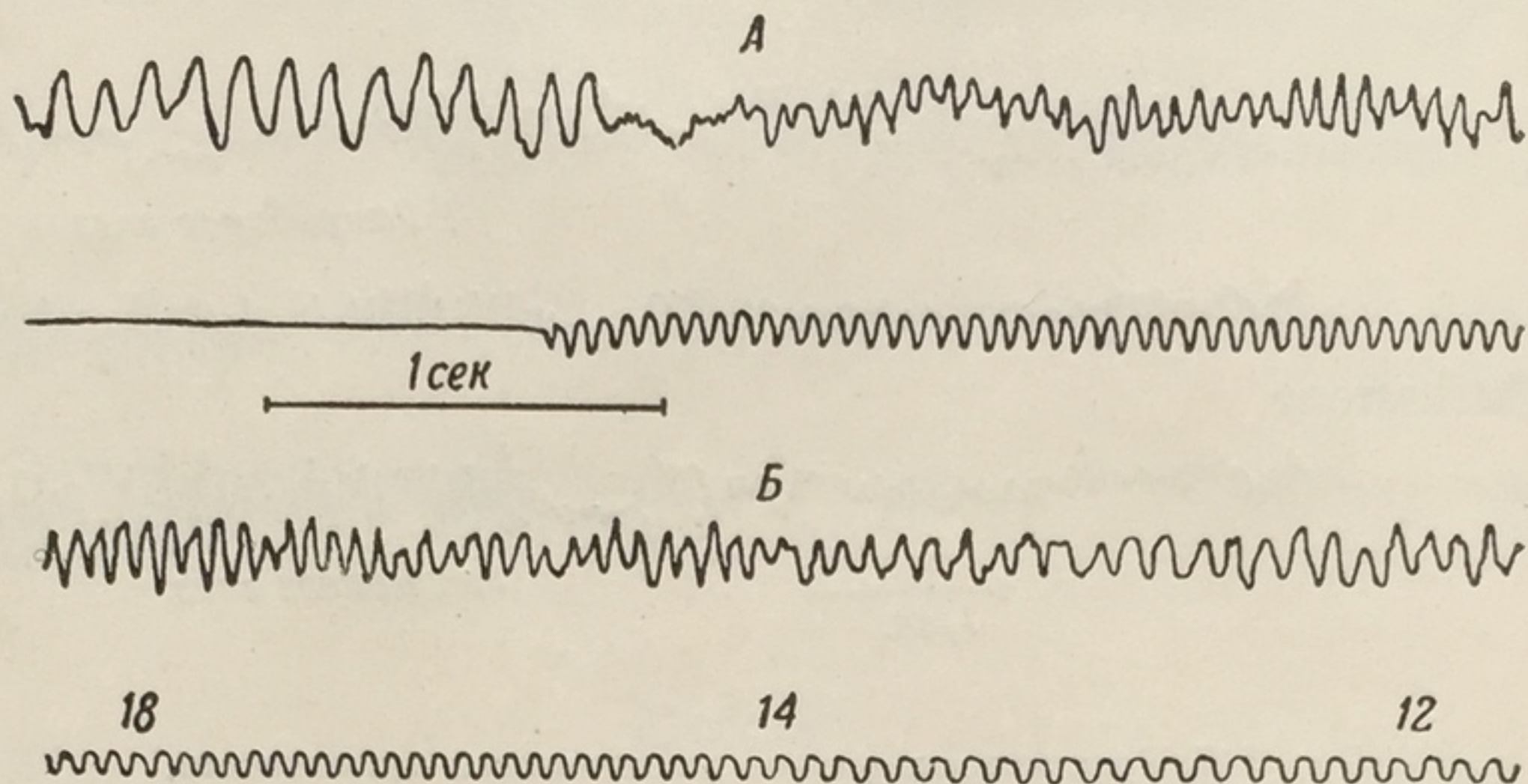


Рис. 549. Реактивность ритмов электрической деятельности.

Электроэнцефалограммы от затылочной области головы, показывающие влияние мерцающего света на биотоки мозга (по Эдриану, 1943).  
Под записями биотоков мозга (кривые А и Б) приведены записи от фотозлектрической камеры, которые показывают частоту мерцаний света.  
Кривая Б-частота мерцаний уменьшена с 18 до 12 в 1 сек. Видно, что мозговые волны воспроизводят частоту действующего раздражителя.  
Там же.

Рис. 550. Изменения электроэнцефалограммы здорового человека во время дремоты и сна.

А — ЭЭГ бодрствующего человека;

Б — ЭЭГ дремлющего человека;

В — медленная активность, типичная для глубокого сна, особенно в начале ночи, а также серия частых волн, которые нередко наблюдаются в этот период сна.

Приведены записи одной только затылочной области мозга.  
Там же.

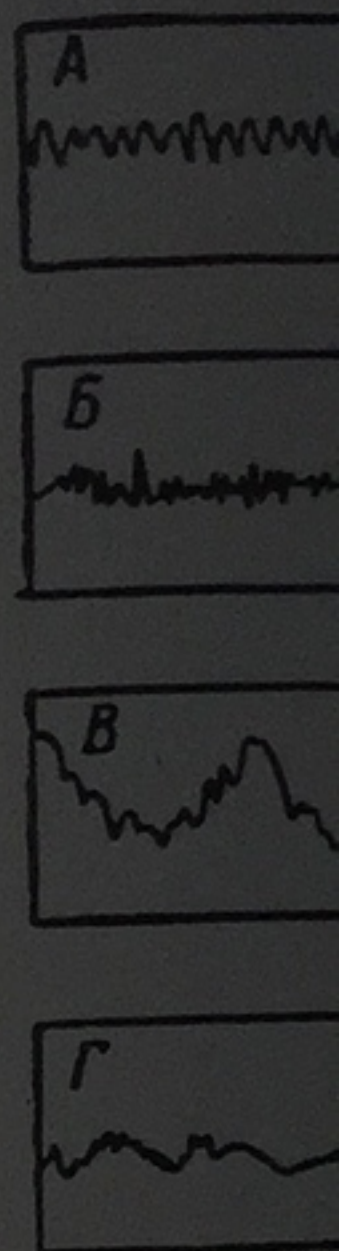
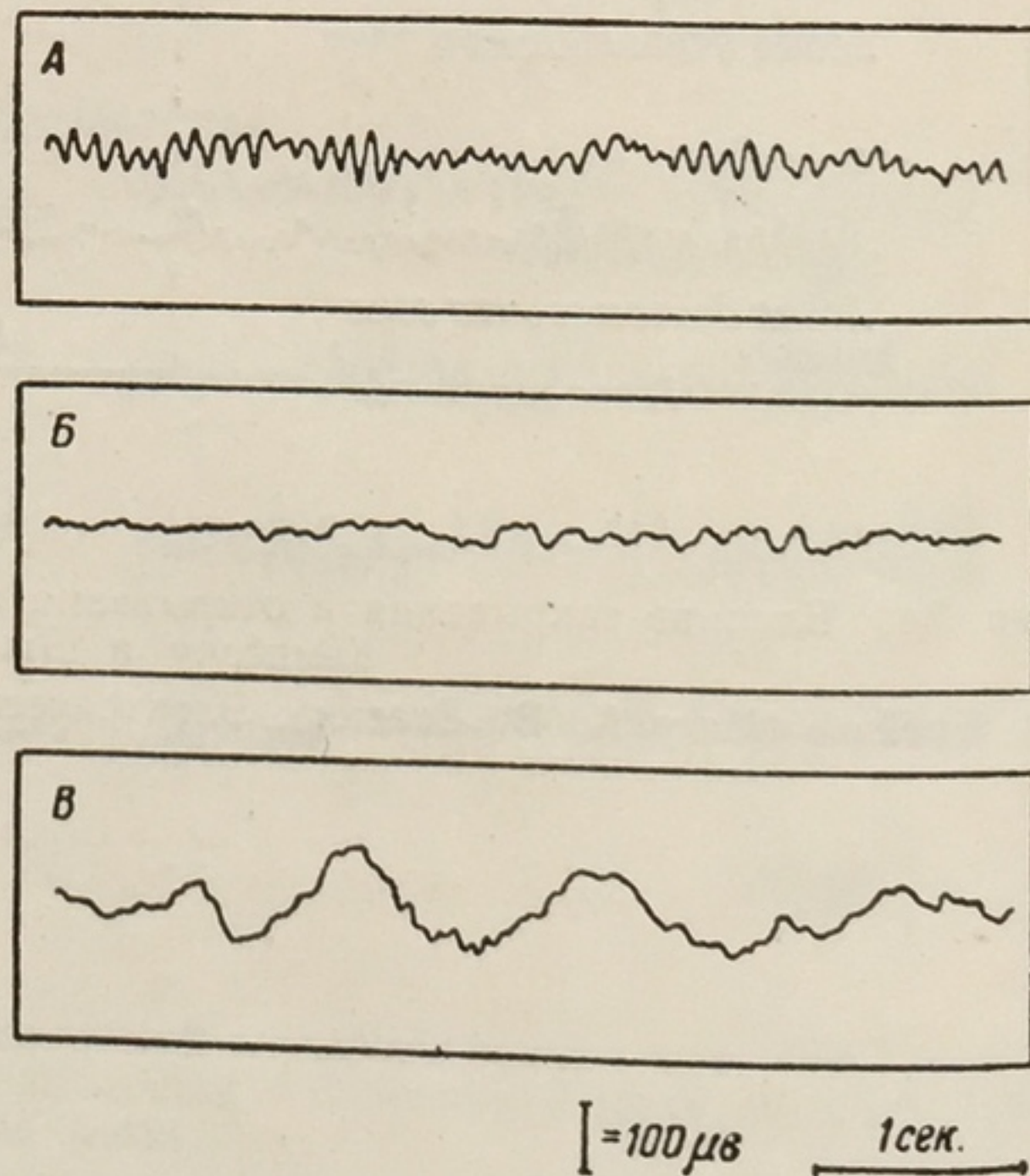


Рис. 551. Изменения

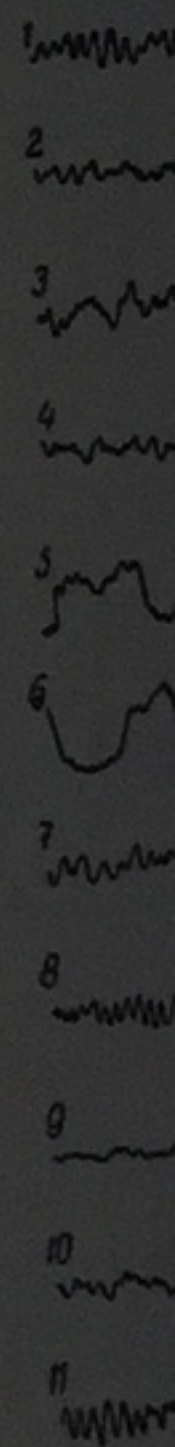


Рис. 552. Вариации  
Ф. Джиббс и Е.



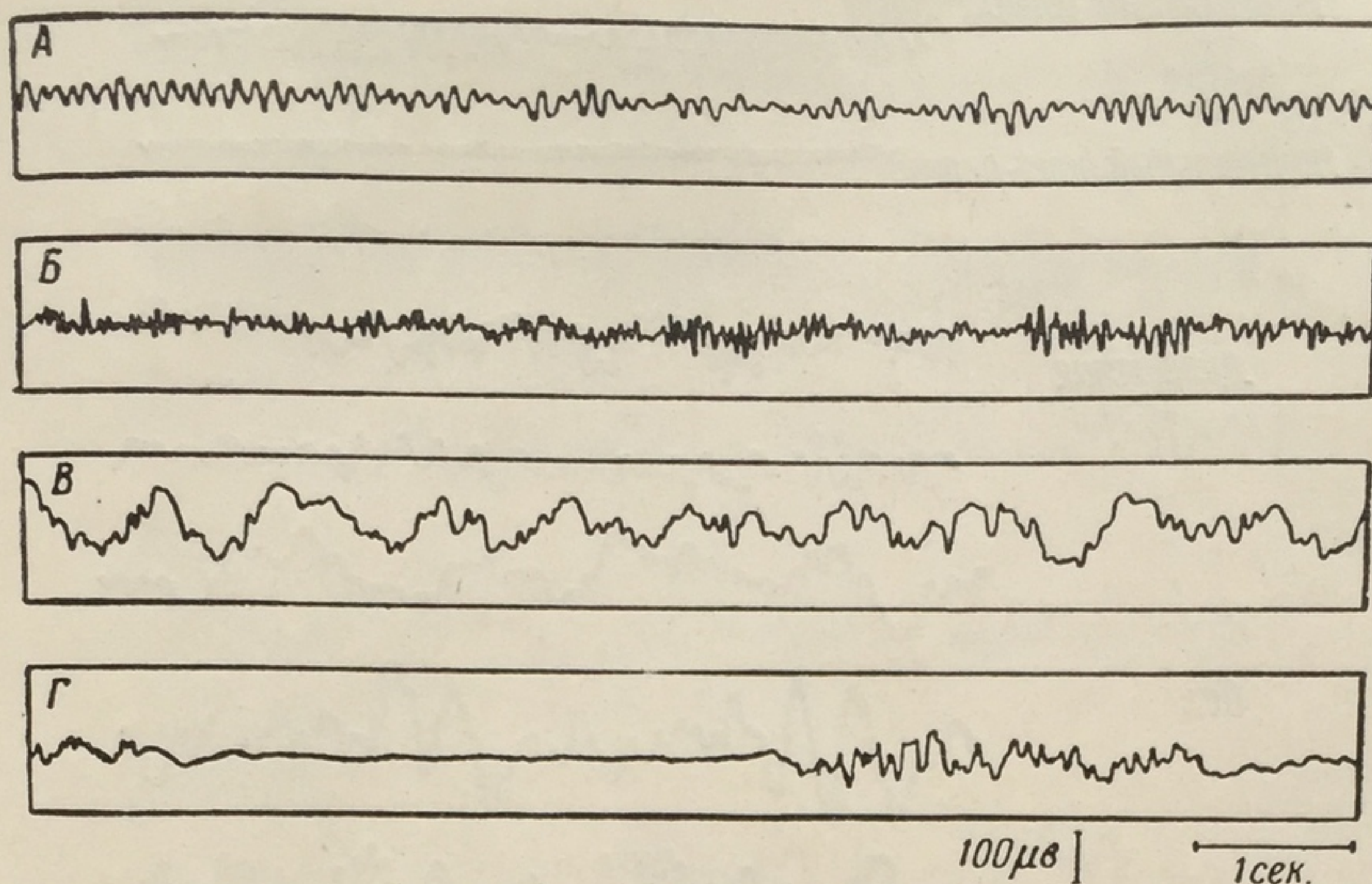


Рис. 551. Изменения электроэнцефалограммы человека при углублении пентоталового наркоза.

- А — до введения наркоза;
- Б — состояние возбуждения;
- В — потеря сознания;
- Г — глубокая анестезия.

Приведены записи одной только затылочной области.  
Там же.

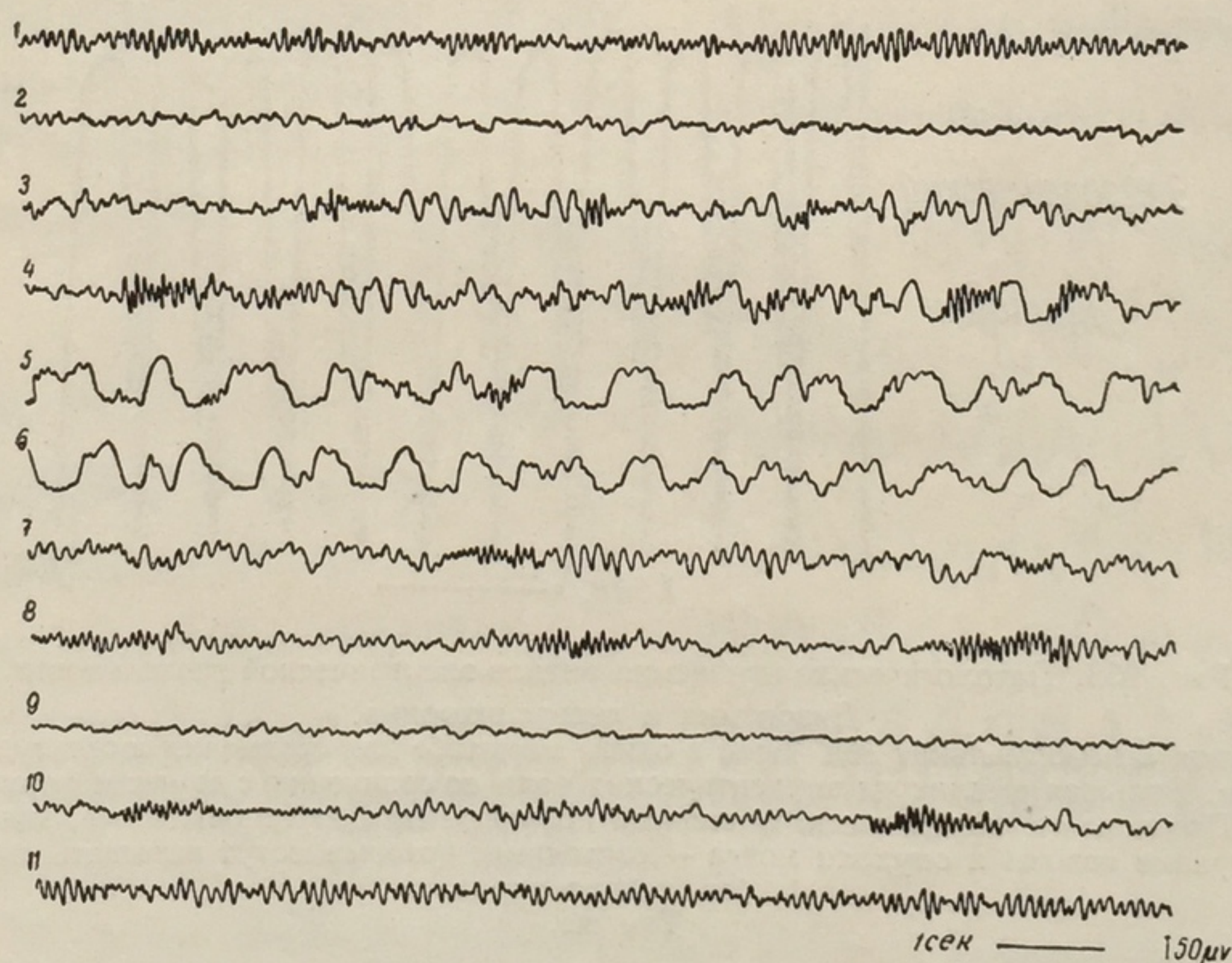
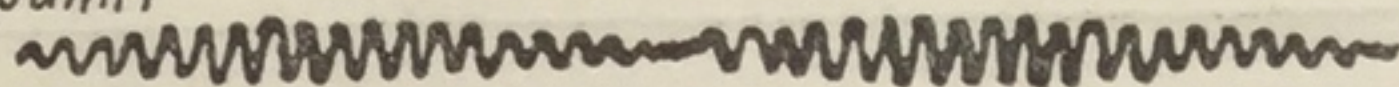


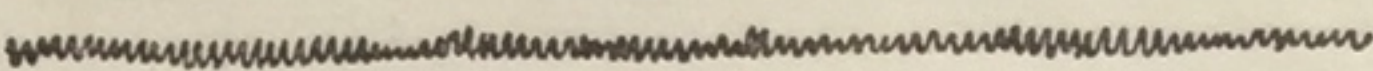
Рис. 552. Варианты ритмов электрической деятельности у здоровых людей во время ночного сна (затылочное отведение).  
Ф. Джиббс и Е. Джиббс (Gibbs F. A., Gibbs E. L.), Атлас электроэнцефалографии, Кембридж, 1941.



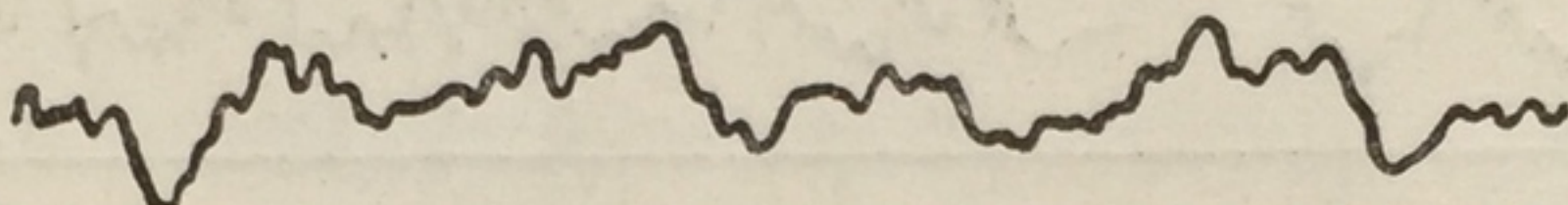
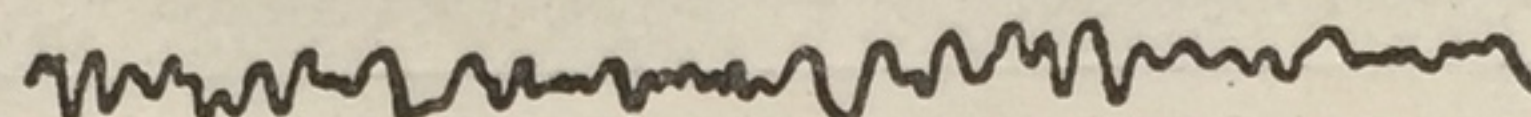
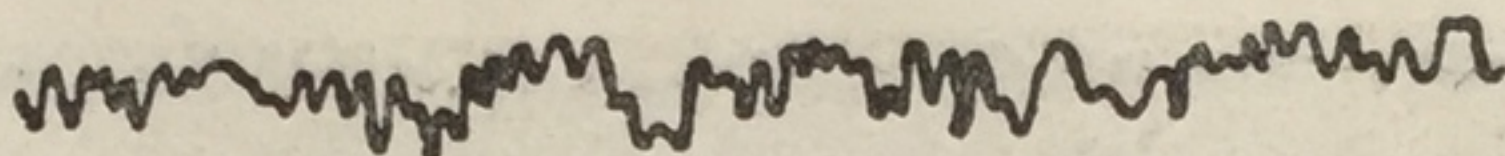
нормальный альфа-ритм



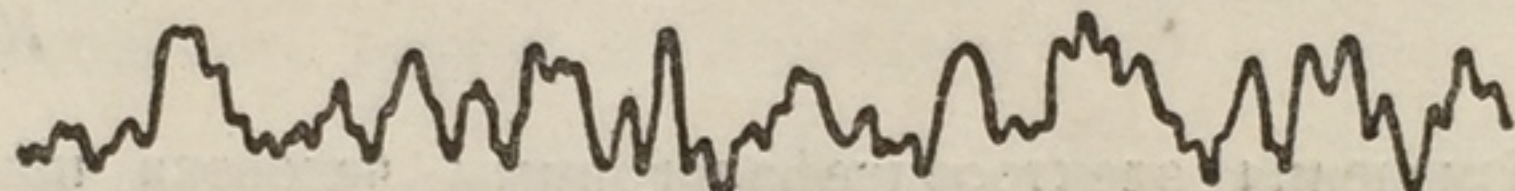
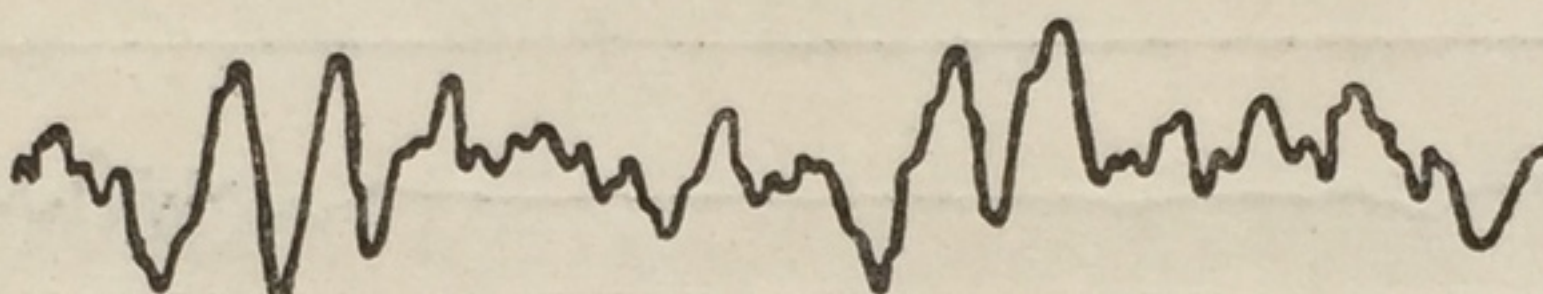
нормальный бета-ритм



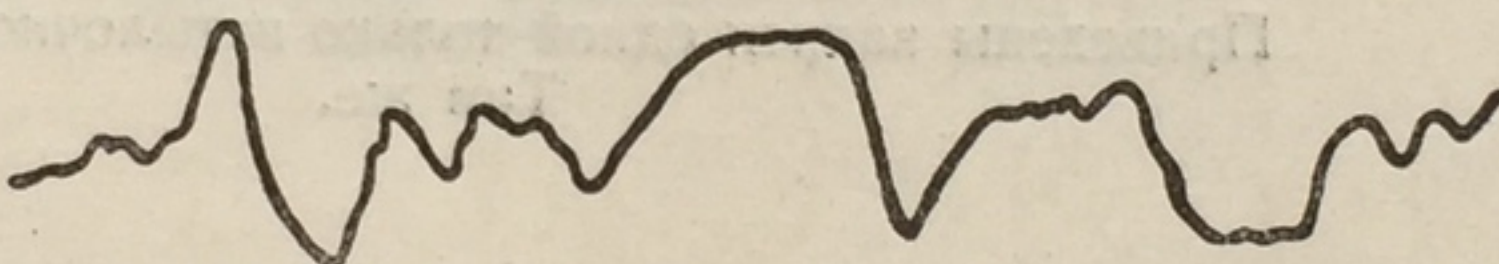
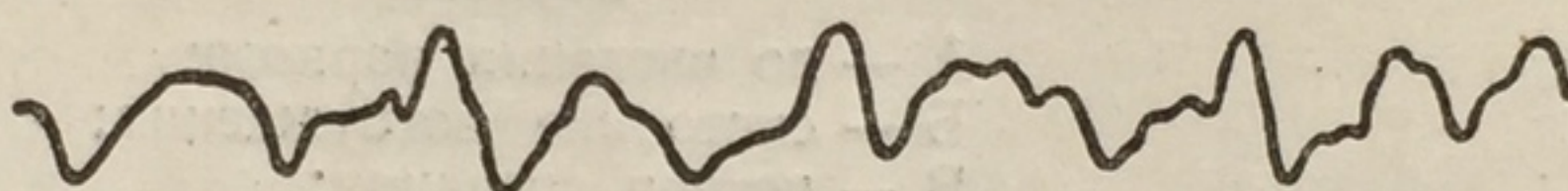
Дизритмия



без

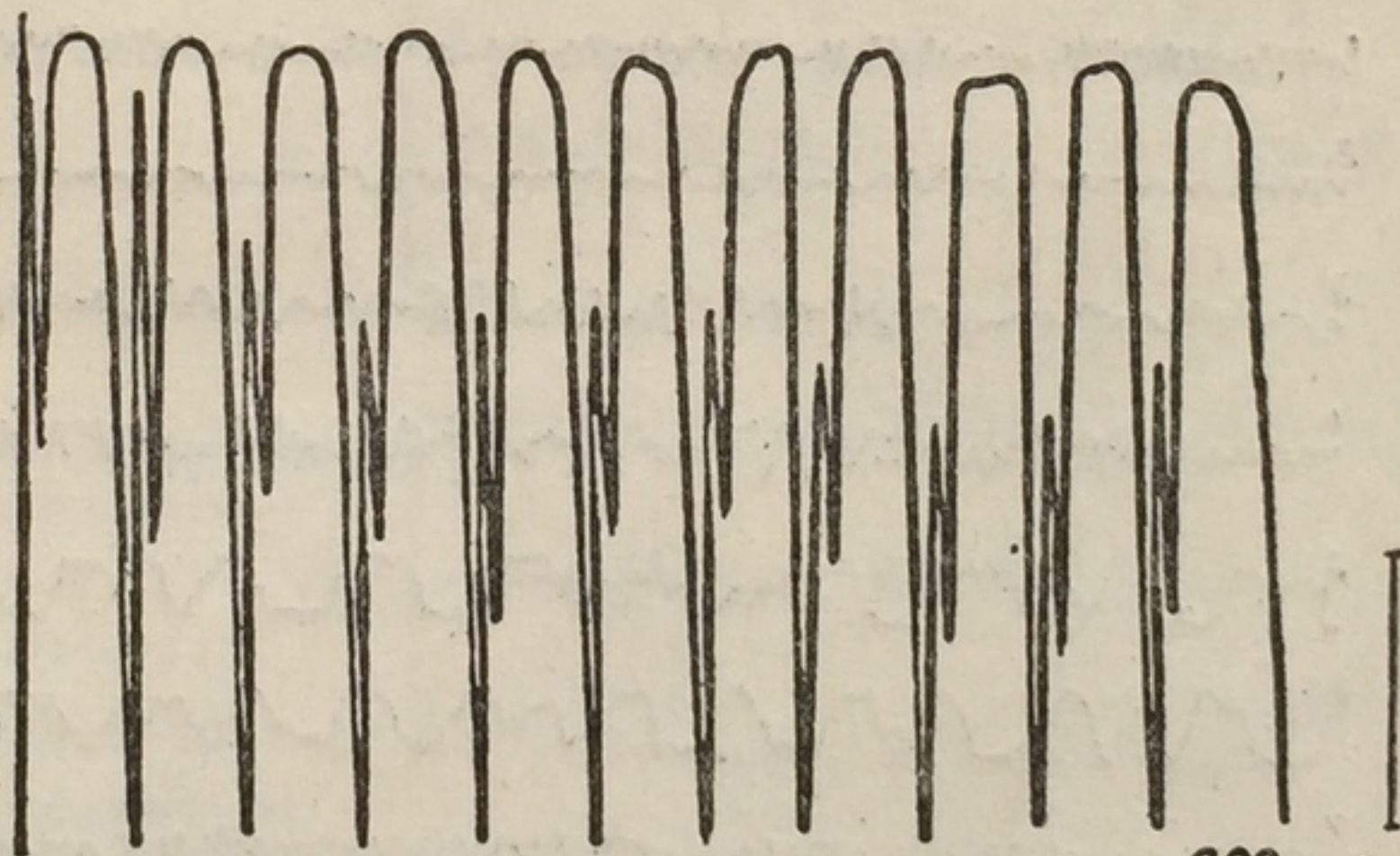


Эпилепсии



Эпилептический

припадок



1 сек.

200  $\mu$ V

Рис. 553. Патологические изменения ритмов электрической деятельности.

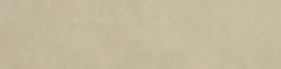
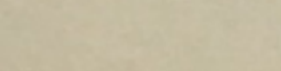
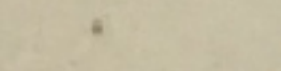
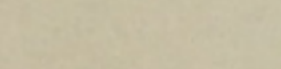
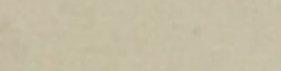
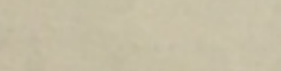
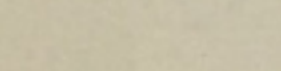
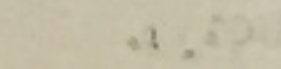
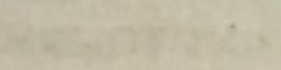
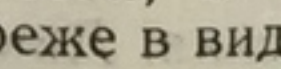
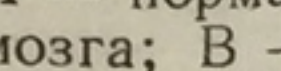
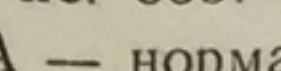
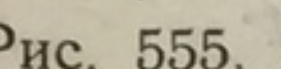
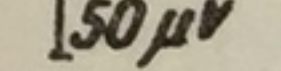
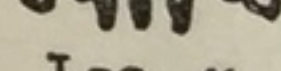
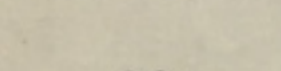
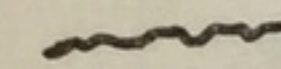
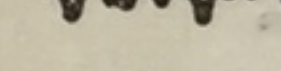
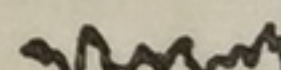
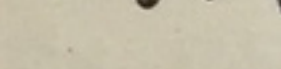
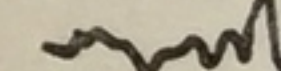
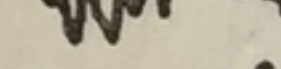
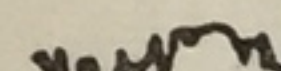
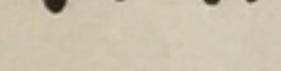
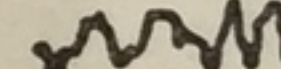
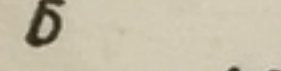
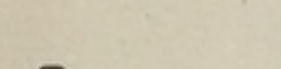
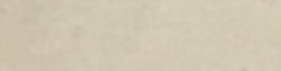
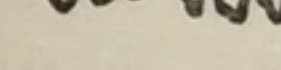
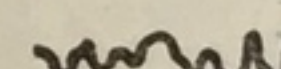
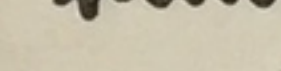
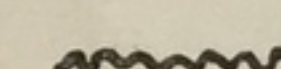
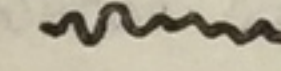
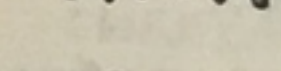
Дизритмия и гиперсинхрония.

Нормальная и ненормальная ЭЭГ даны в одном масштабе для сравнения амплитуд различных волн. Большая амплитуда эпилептических волн по сравнению с другими формами дизритмии. Примеры «неэпилептических» записей получены при артериосклерозе, энцефалите, острой травме головы и опухоли мозга — состояния, которые могут вызывать дизритмию без гиперсинхронии.

Там же.

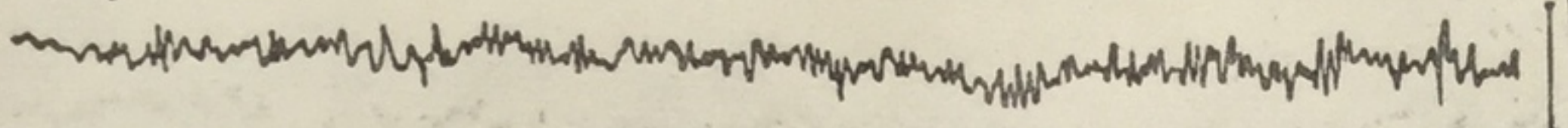
Рис. 554

А

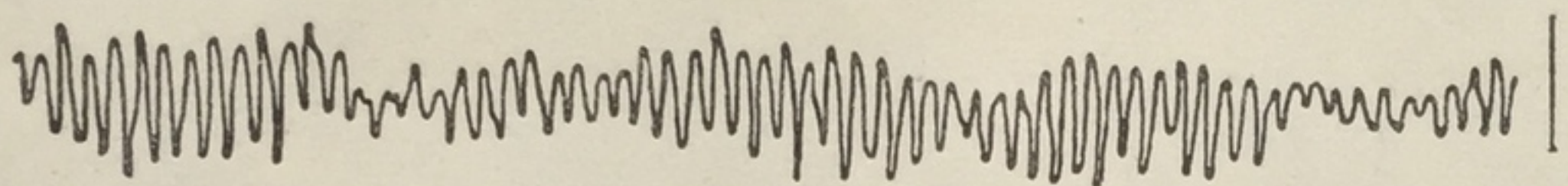




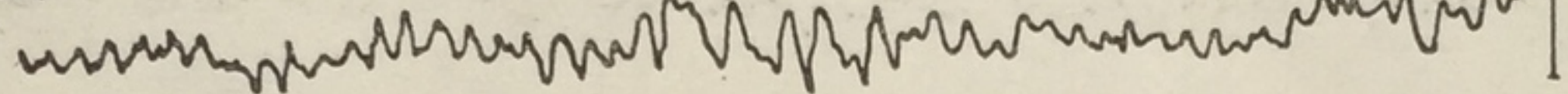
Возбуждение



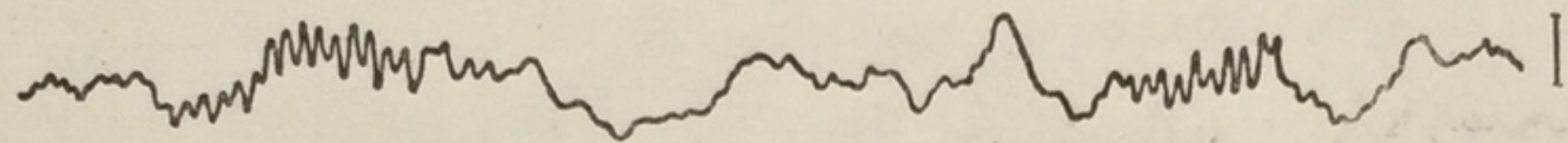
Расслабление



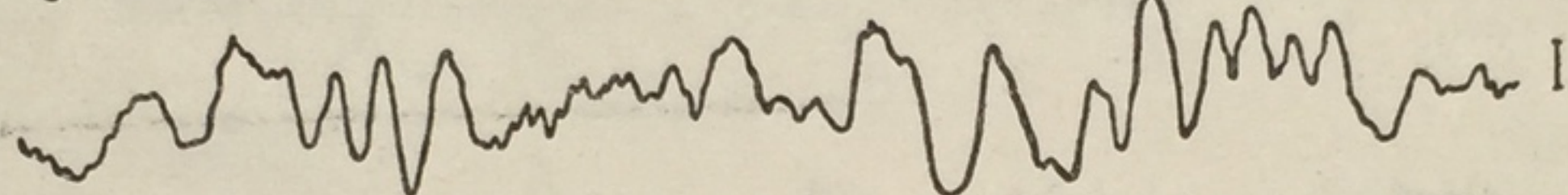
Дремота



Засыпание



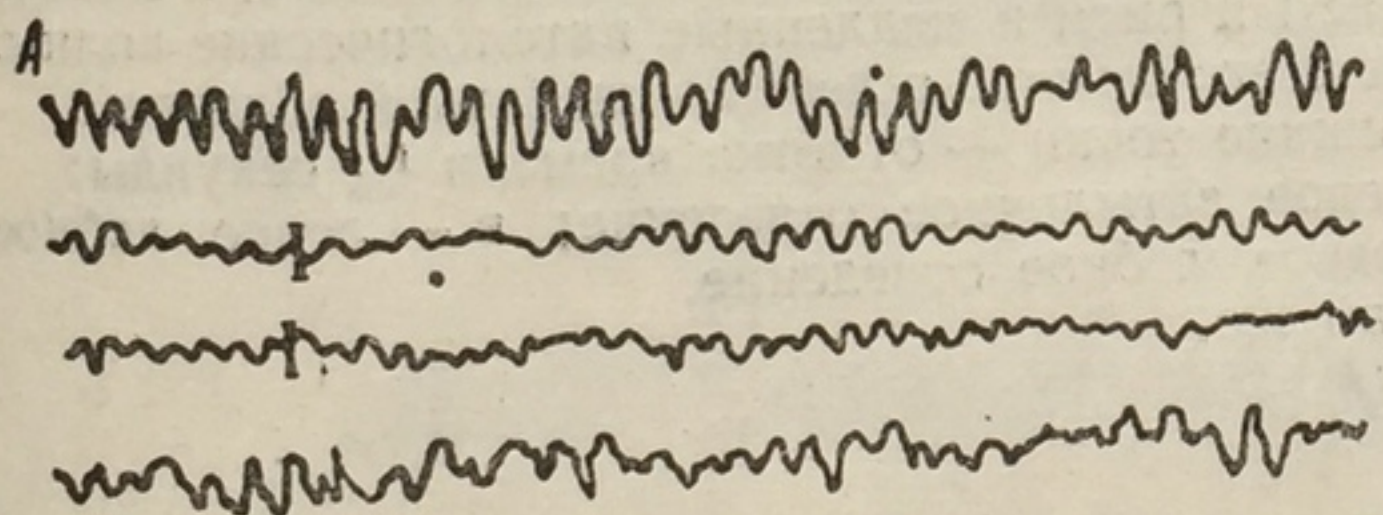
Глубокий сон



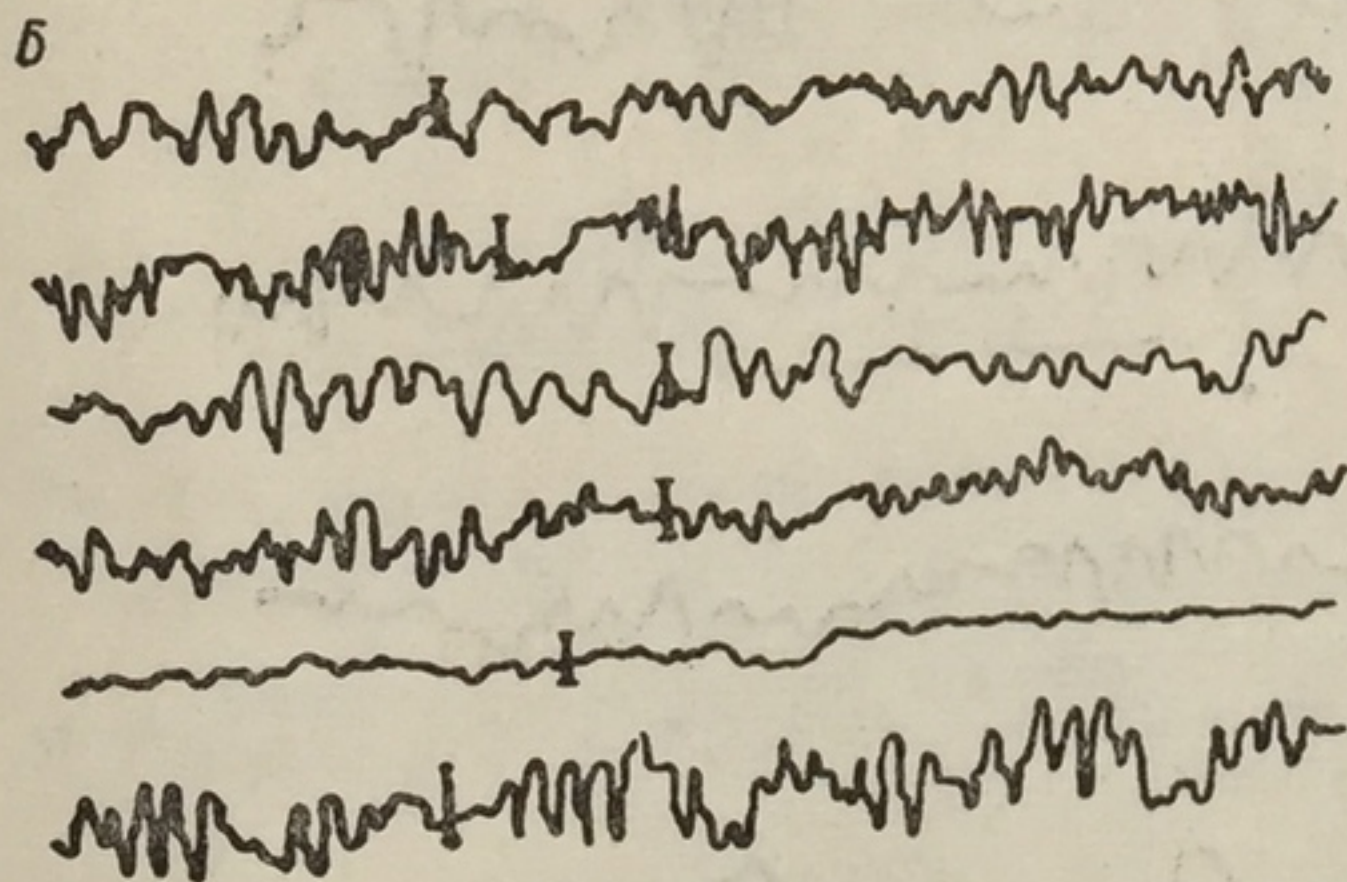
1сек 50 мВ

Рис. 554. Изменения нормальной ЭЭГ в связи с состоянием возбуждения, покоя, сонливости, легкого и глубокого сна.

В. Пенфилд и Т. Эрикссон, Эпилепсия и мозговая локализация, М., 1949.  
Герберт Г. Джеспер, гл. XIV, Электроэнцефалография.



1сек.



50 мВ

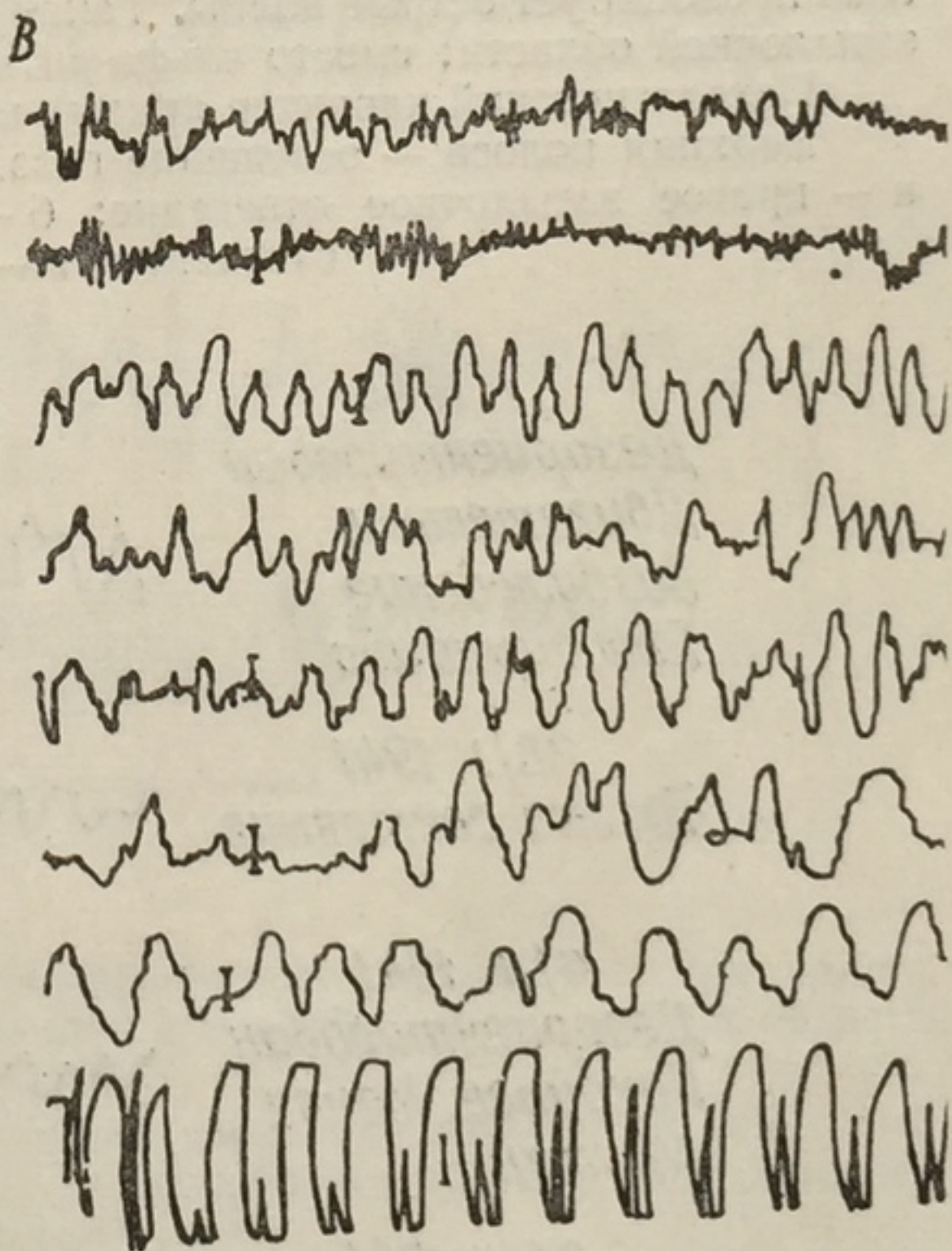


Рис. 555. Прогрессивный паралич. Различные степени изменений электроэнцефалограммы. А — нормальные кривые; Б — слабая степень дезорганизации электрической активности мозга; В — резкие изменения кривых в виде медленных волн различной длительности, реже в виде частого ритма, а в отдельных случаях — комбинации медленной волны с пико-подобными колебаниями.

С. А. Чугунов. Клиническая электроэнцефалография, 1956.



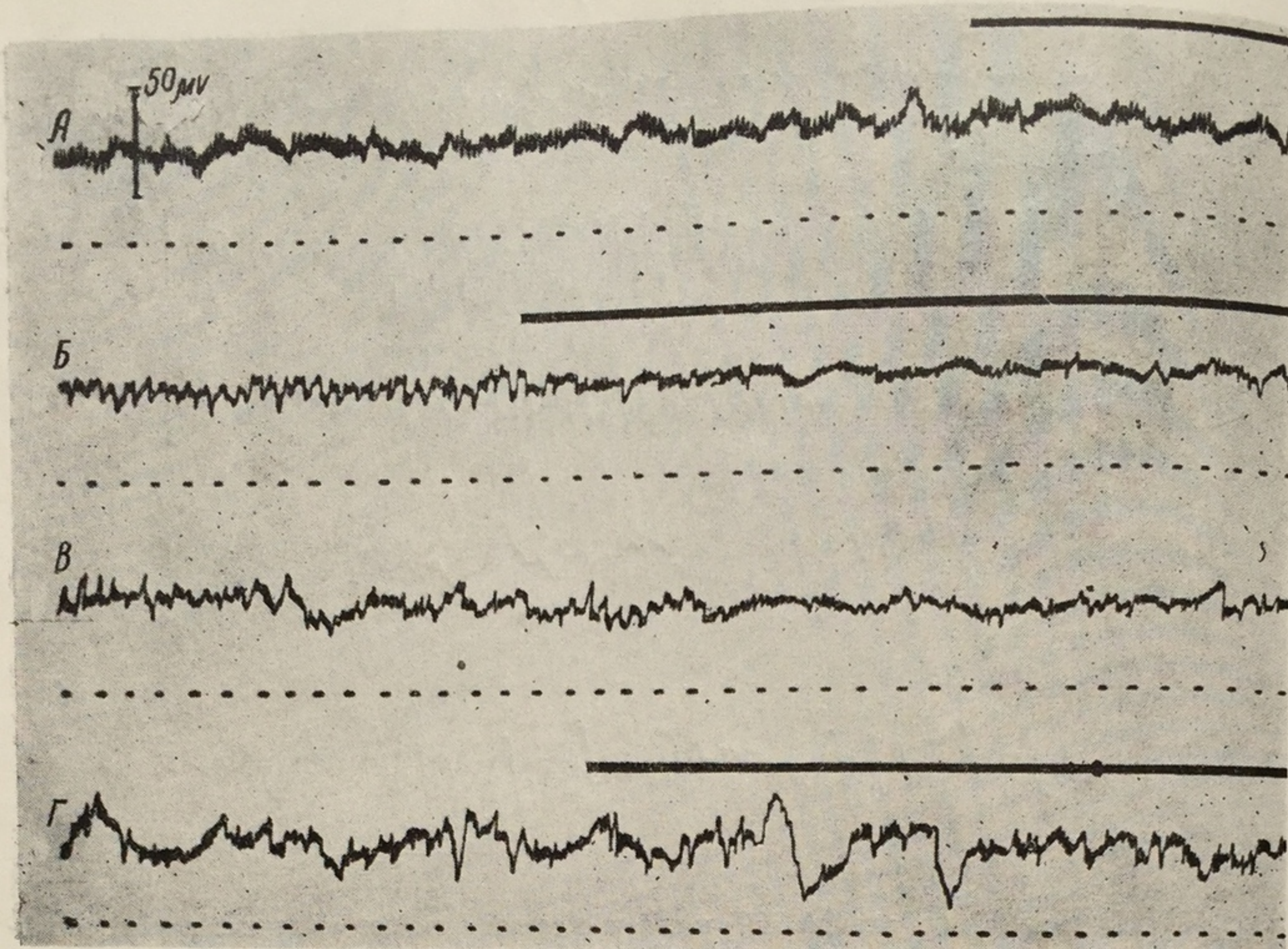


Рис. 556. Прогрессивный паралич.

Дезорганизация биоэлектрической активности главным образом в лобных долях, по преимуществу в правой лобной области, где имеются высокие медленные волны и освещение глаз провоцирует острые волны. Такая же дезорганизация, но менее выраженная, в правой затылочной области; вместо альфа-ритма частый ритм и медленные патологические волны.

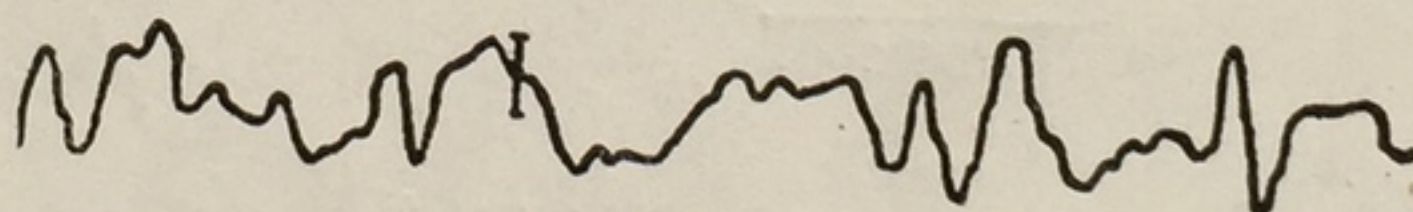
Патологический характер кривых менее всего заметен в левой затылочной области.

Верхняя полоса — освещение глаз. Нижние точки — отметка времени  $\frac{1}{5}$  секунды:

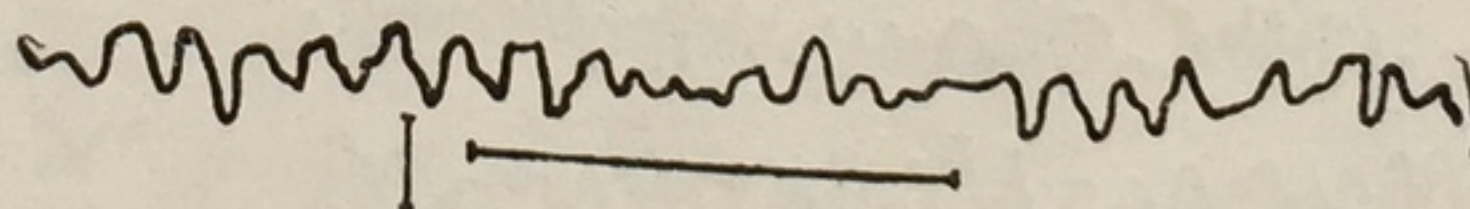
а — правое затылочное отведение; б — левое затылочное отведение; в — левое лобное отведение; г — правое лобное отведение.

Там же.

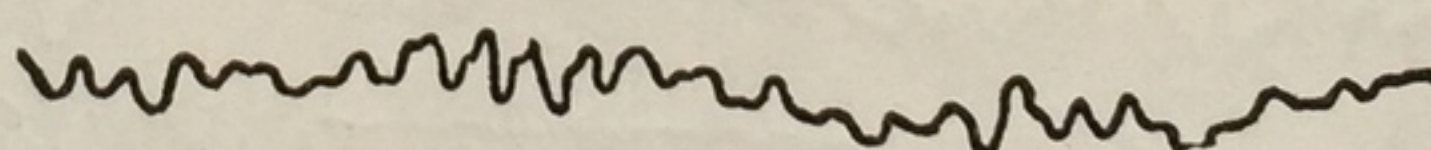
3/IV 1940  
Дезориентирован  
Двигательное  
возбуждение  
Галлюцинации



28/I 1941  
То же состояние



4/II 1941  
Дезориентирован  
Покойнее Менее  
спутан



26/X 1941  
Резкое ухудшение  
возбужден. Спутан  
вскоре смерть

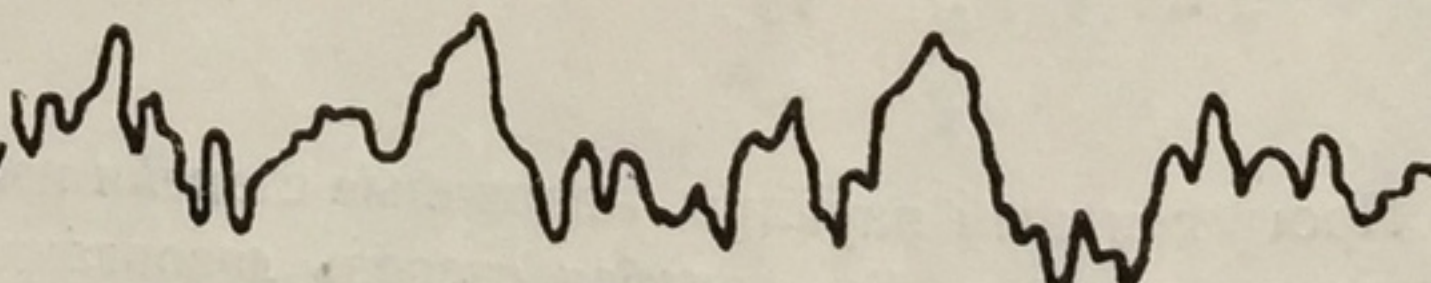


Рис. 557. Случай прогрессивного паралича с тяжелым течением. Лобное отведение. Динамика изменений электроэнцефалограммы в сопоставлении с клиническими симптомами. Горизонтальный масштаб — 1 сек., вертикальный 50 микровольт (по Беннету). Там же.



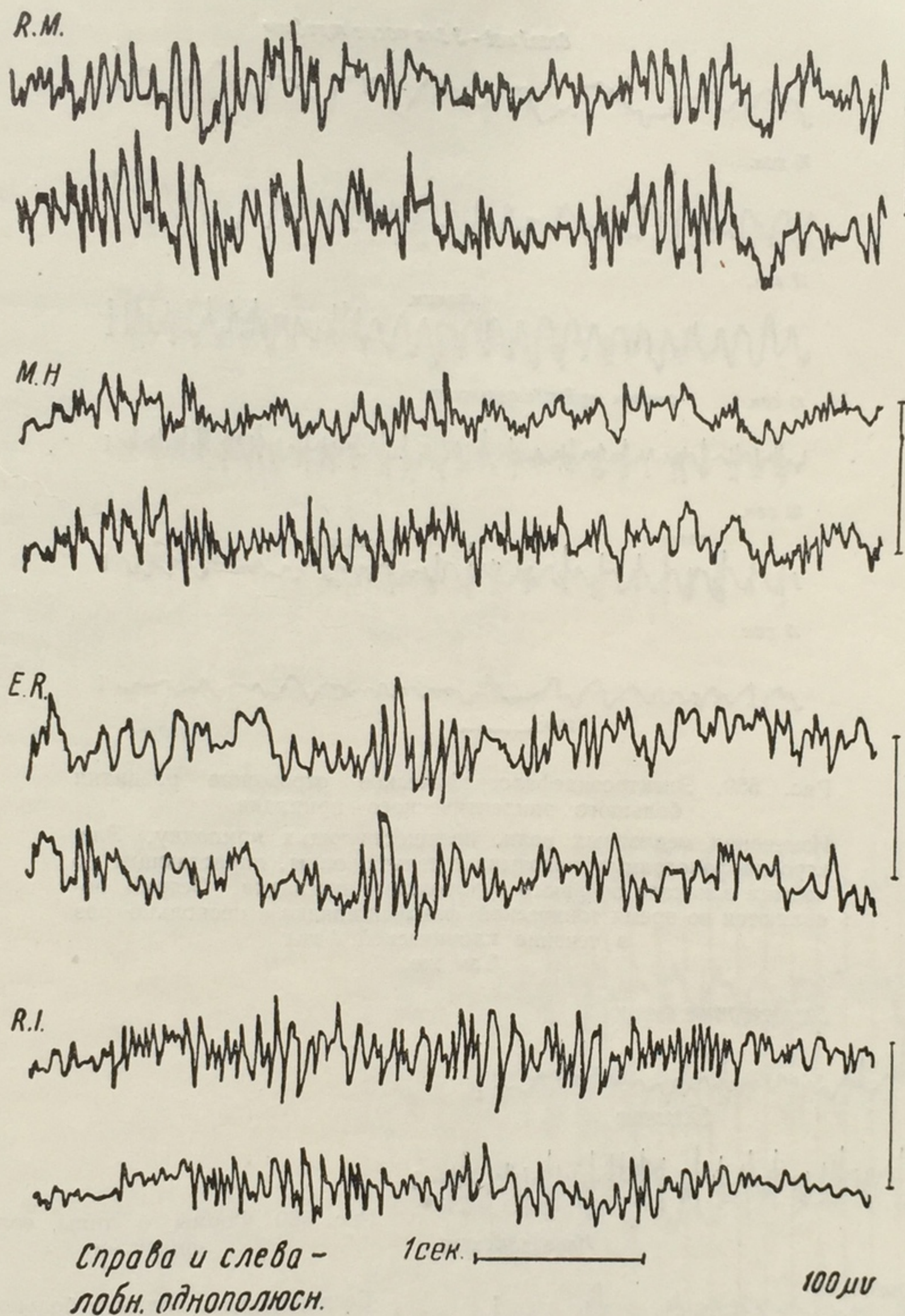


Рис. 558. Электроэнцефалограмма у больных во время больших эпилептических припадков. Одновременная ЭЭГ при монополярном отведении с правой и левой лобных областей показана на 4 больных (РМ, МН, ЕР, РІ).

Диффузные множественные острия с тахиритмией характеризуют все записи.  
В. Пенфилд и Т. Эрикссон, Эпилепсия и мозговая локализация, Герберт Г. Джеспер, гл. XIV. Электроэнцефалография.



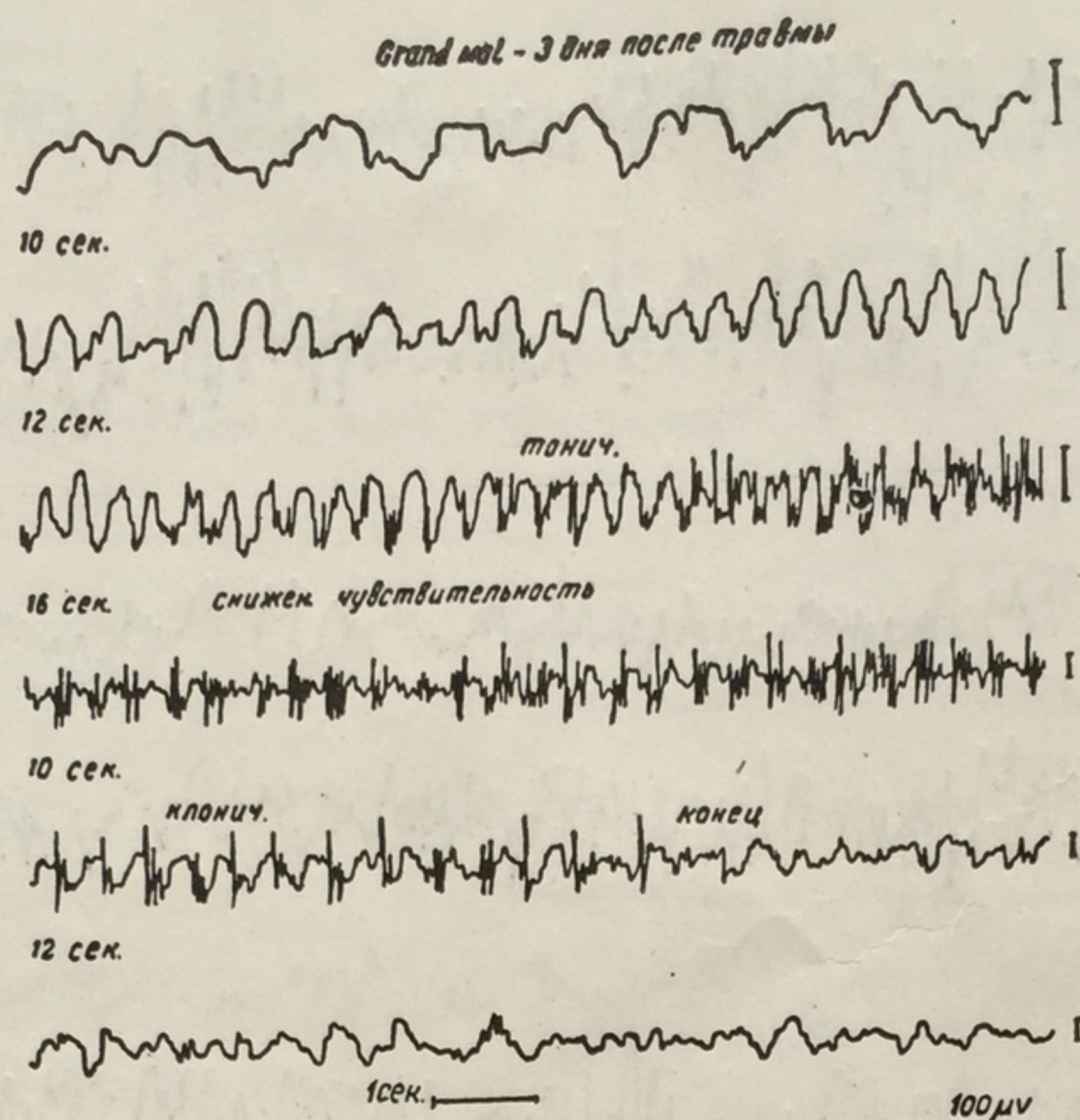


Рис. 559. Электроэнцефалографическое отражение развития большого эпилептического припадка.

Изменения медленных волн, предшествующих припадку. Электроэнцефалограмма показывает дельта-волны, нарастающие по частоте в начале большого судорожного припадка. Острые появляются во время тонической фазы припадка и несколько раз в течение клонической фазы. Там же.

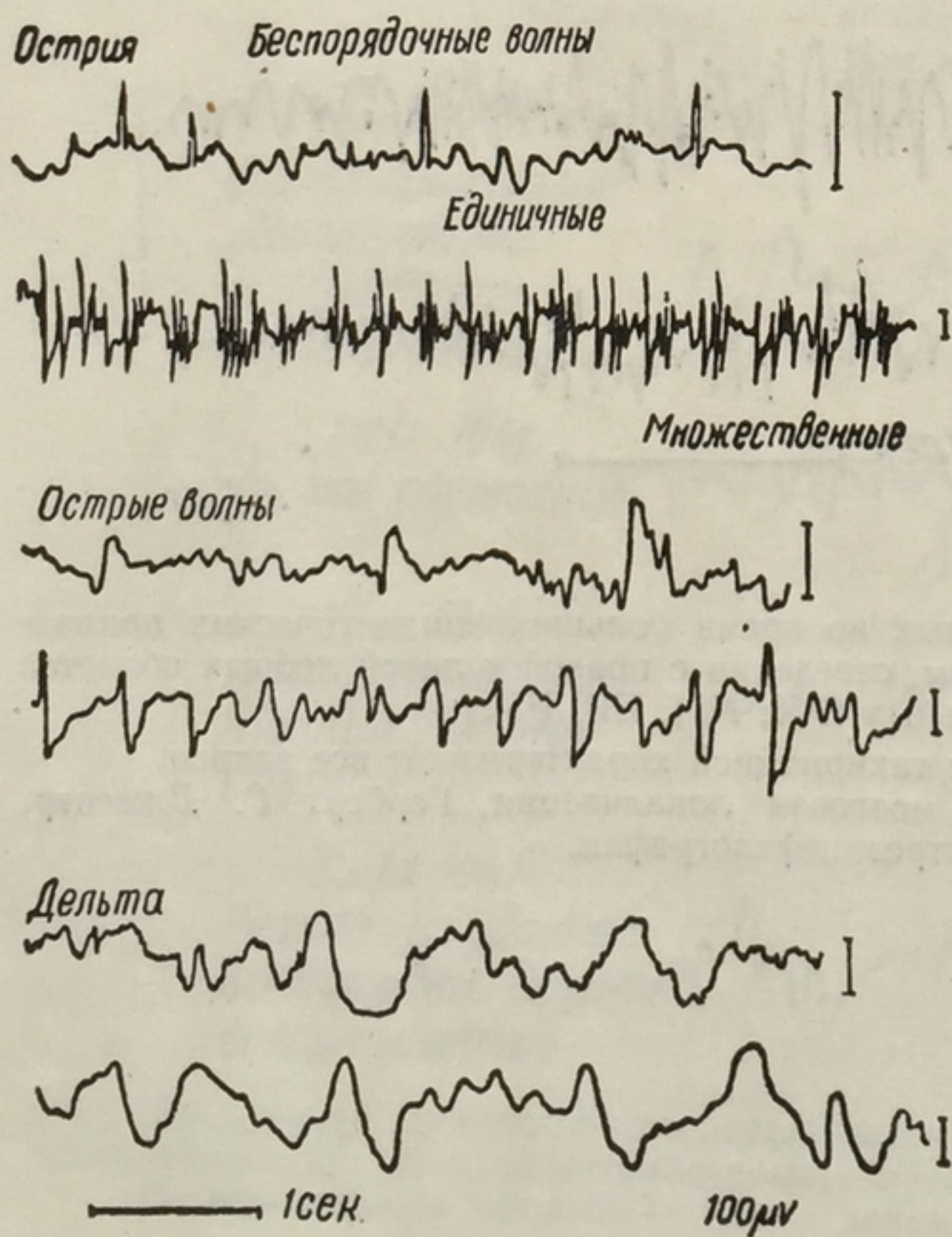


Рис. 560. Формы и типы волн при эпилепсии.

Беспорядочные волны у больного эпилепсией. Острые, показанные на первой кривой, единичны между клиническими припадками, но становятся множественными и большой амплитуды в начале припадка, как показано на второй кривой. Множественные острые могут возникать и без клинического припадка.

Дельта-волны (внизу) могут возникать и вне эпилептического припадка. Там же.

Рис. 561, 562. Электроэнцефалограмма до припадка (1), во время припадка (2), после припадка (3). Там же.



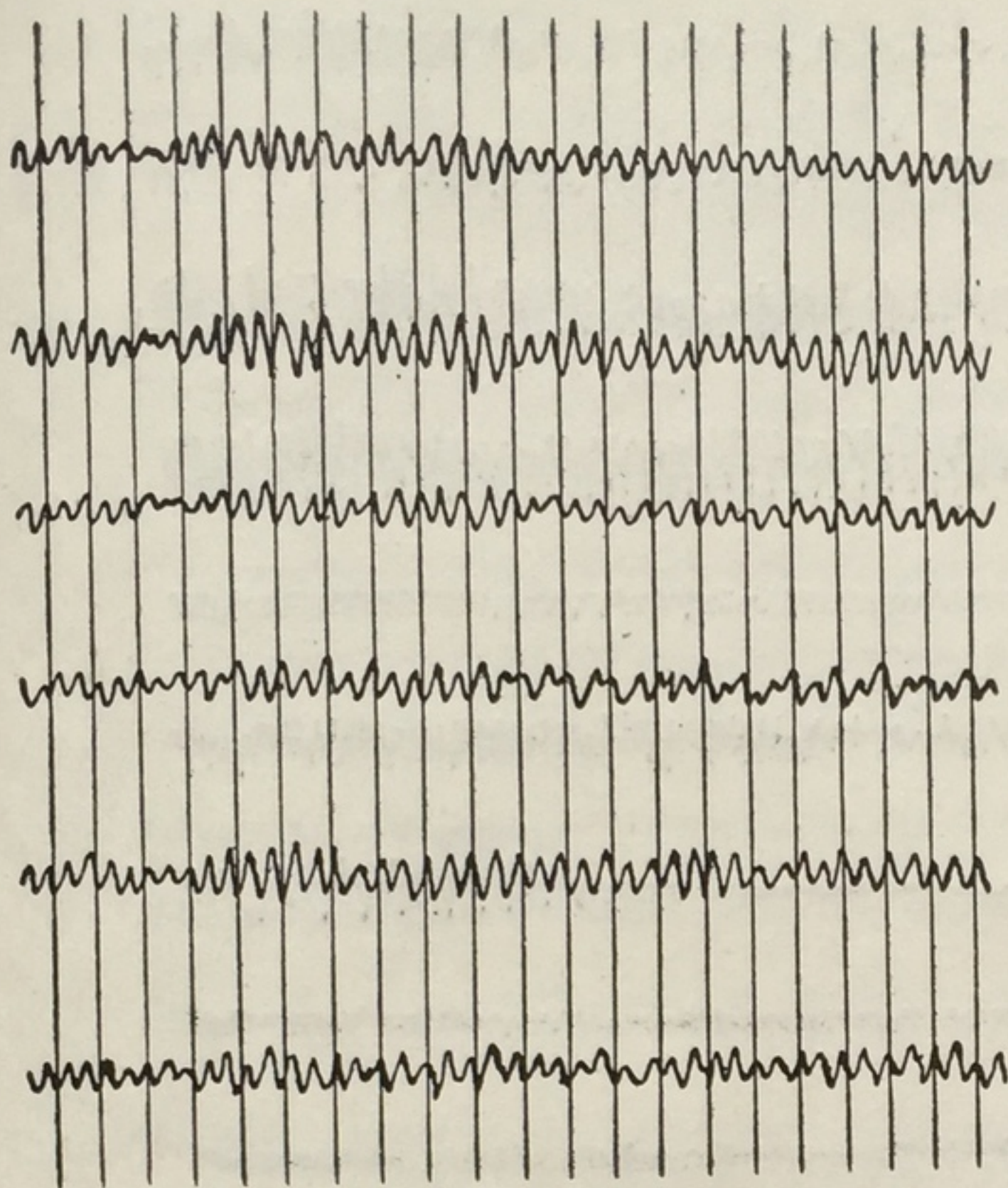


Рис. 561 (1)

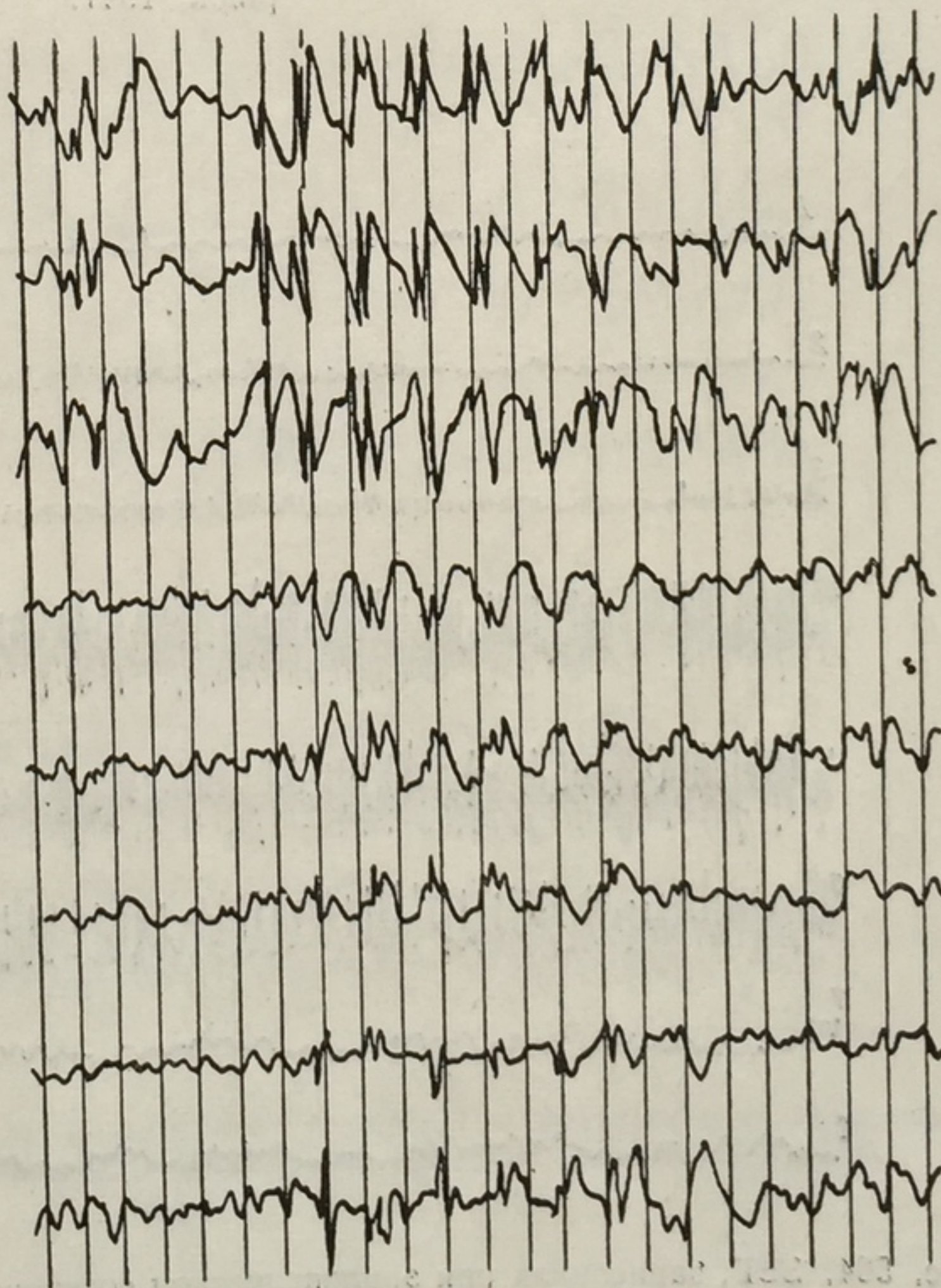


Рис. 562 (2)

Рис. 561, 562. Электроэнцефалограмма до эпилептического припадка (1), во время эпилептического припадка (2) (запись сделана у одного и того же больного).



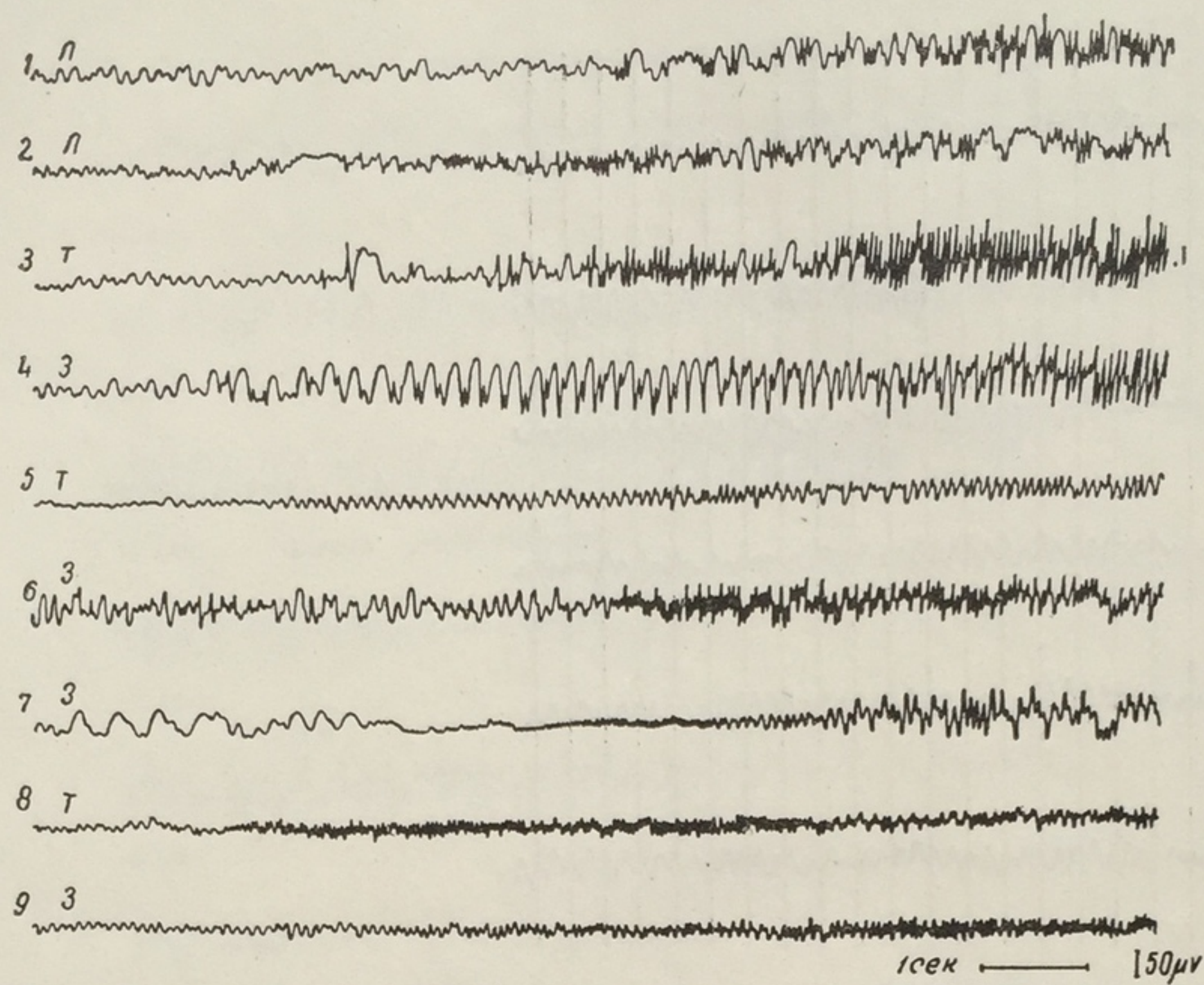


Рис. 563. Варианты ЭЭГ при возникновении большого эпилептического припадка.  
Ф. Джиббс и Е. Джиббс (Gibbs F. A., Gibbs E. L.). Атлас электроэнцефалографии, Кемб-  
ридж, 1941.

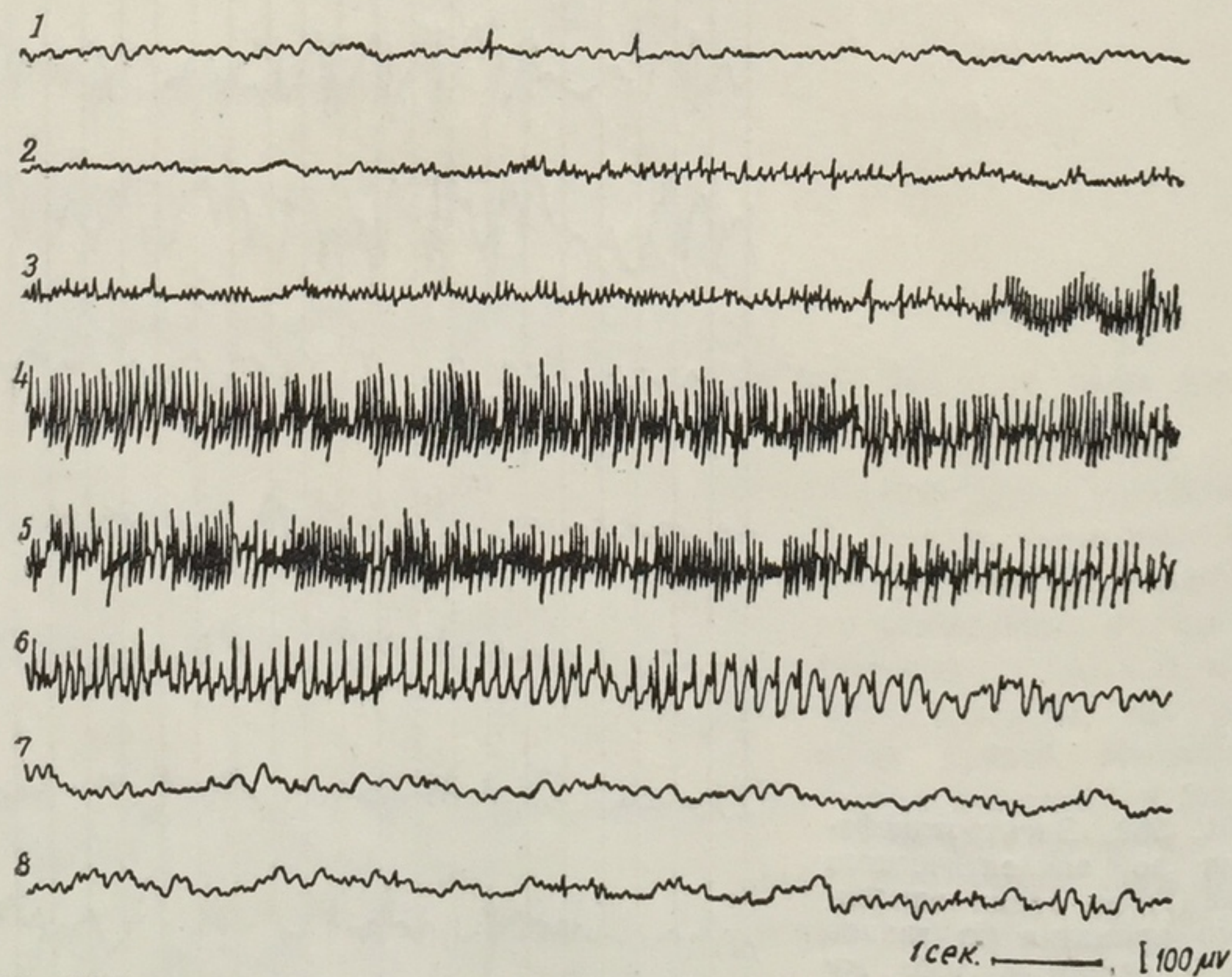


Рис. 564. ЭЭГ, записанная при эпилептическом состоянии, у восьми больных в теменном  
отведении.  
Там же.

Рис. 565. Э

Рис. 566. ЭЭ  
2 больн



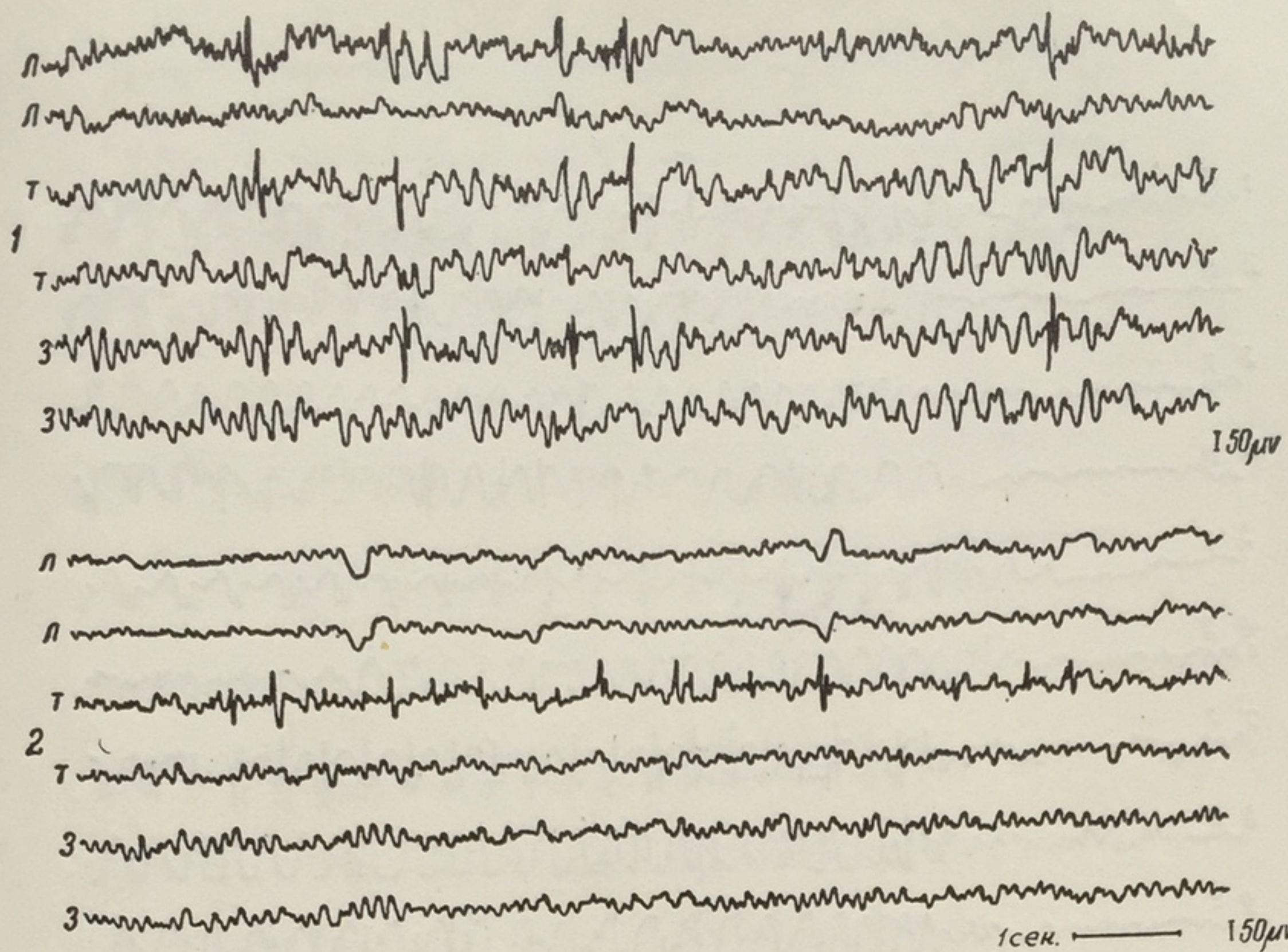


Рис. 565. ЭЭГ, записанная в межприпадочном периоде у 2 эпилептиков в лобном, теменном и затылочном отведениях обеих полушарий.

Там же.

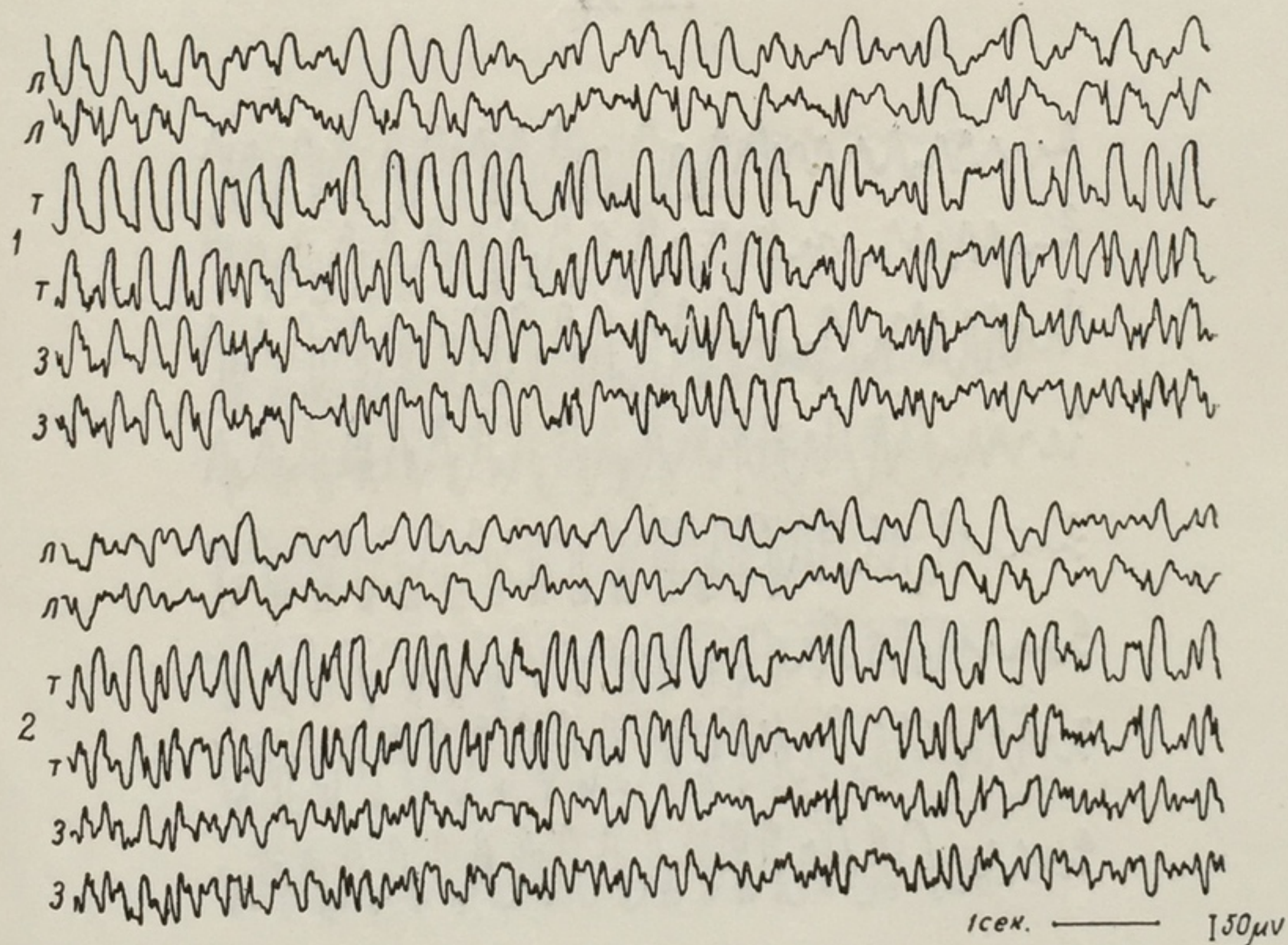


Рис. 566. ЭЭГ, зарегистрированная в состоянии сумеречного расстройства сознания у 2 больных (1, 2) в лобном, теменном и затылочном отведениях обеих полушарий.

Там же.



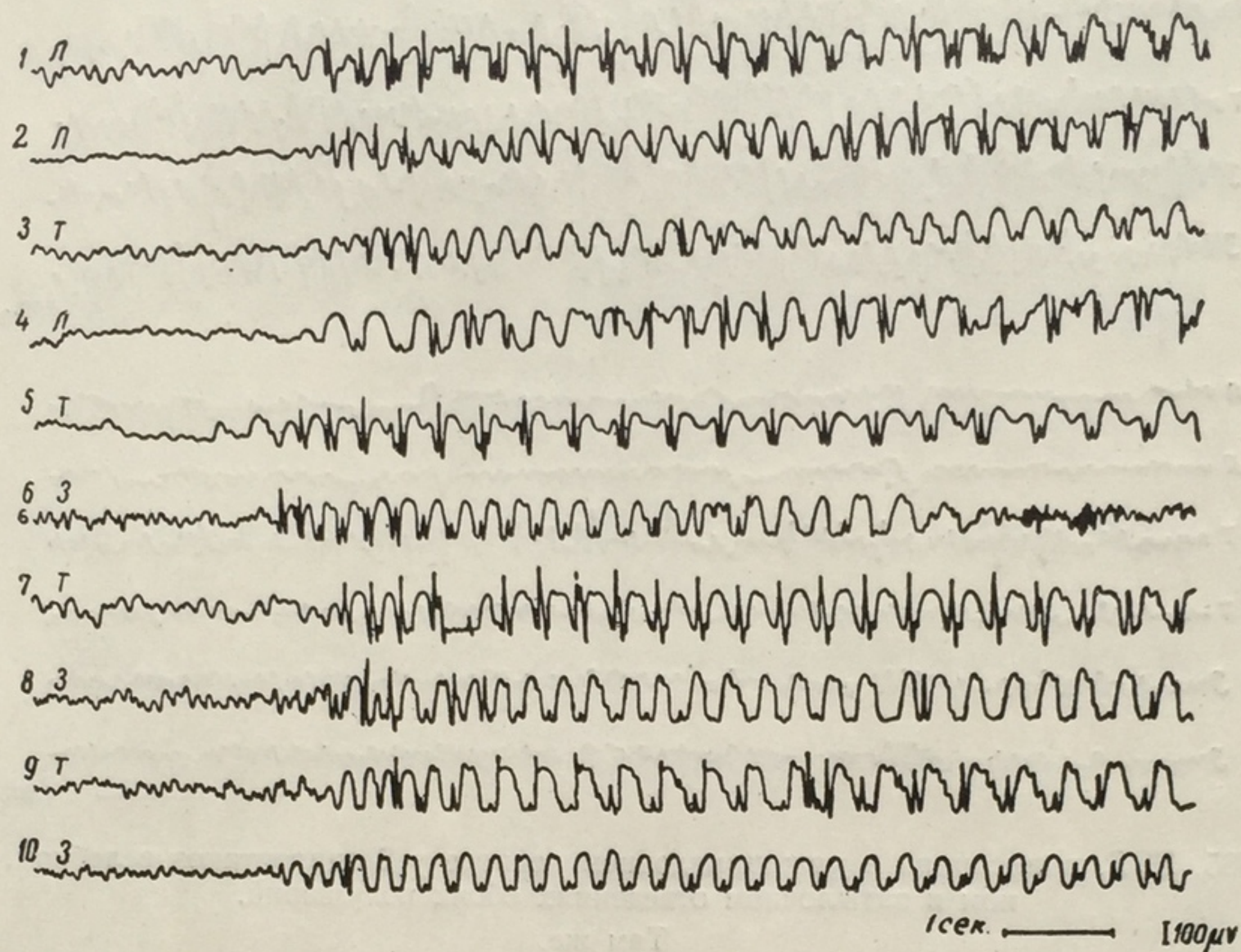


Рис. 567. ЭЭГ при малом эпилептическом припадке (лобное, теменное, затылочное отведения).  
Там же.

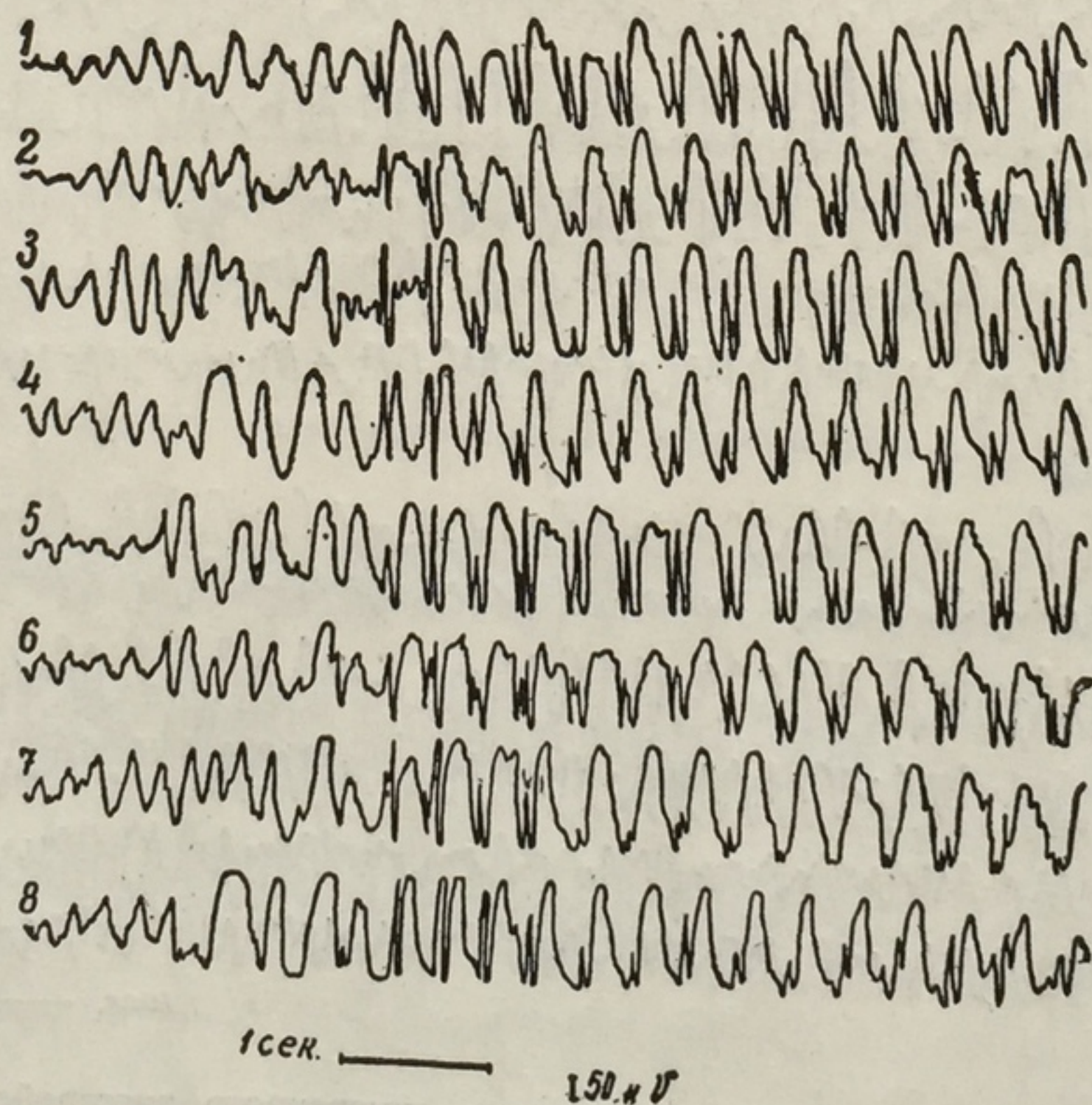


Рис. 568. Эпилепсия. Малый эпилептический припадок.  
В. Пита (Vaclav Pitha). Аллокортекс человека. 1959, Прага.



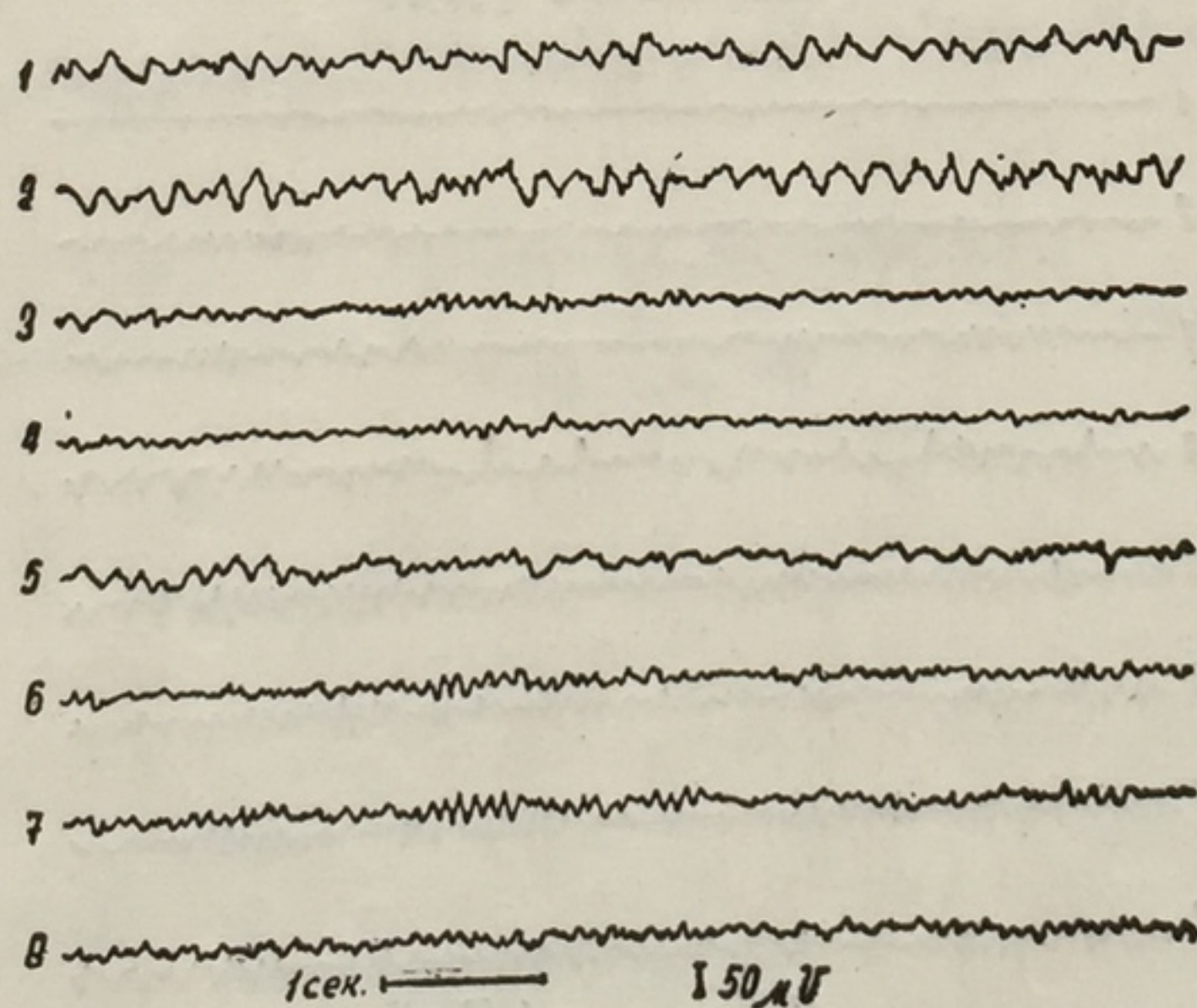
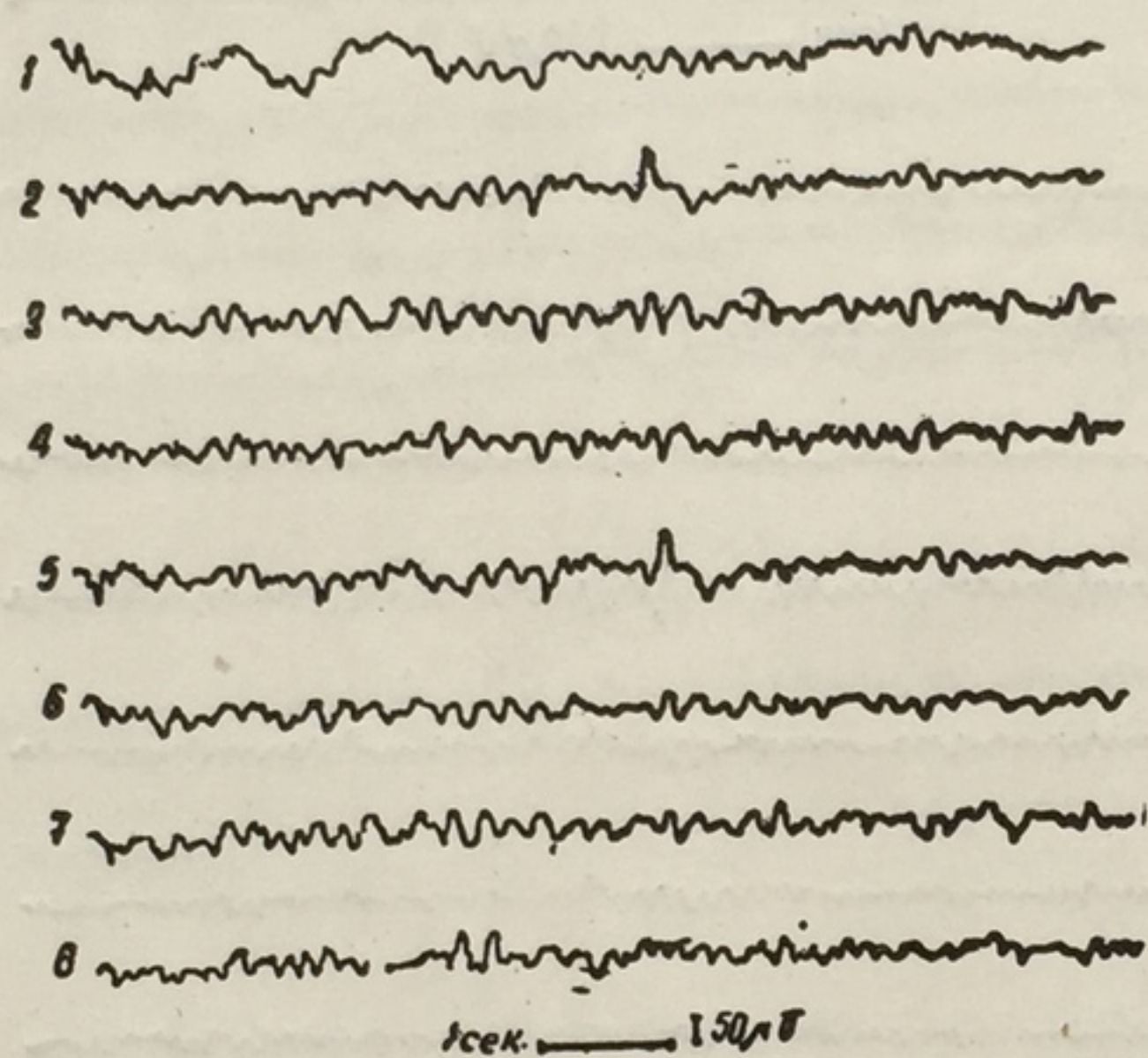
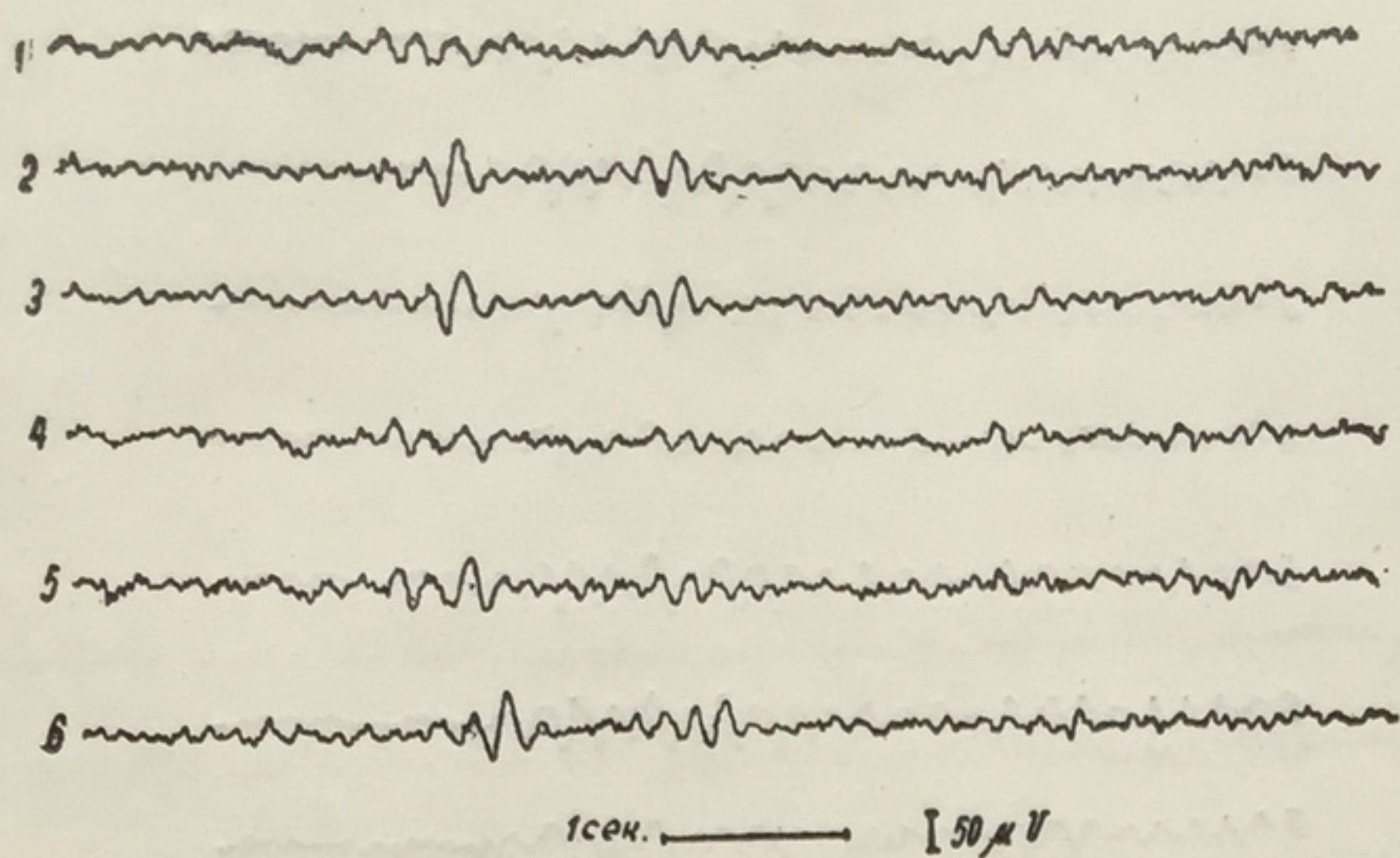


Рис. 569—571. Эпилепсия. ЭЭГ, записанные во время большого судорожного припадка (разные больные).  
В. Пита (Vaclav Pitha). Аллокортекс человека, 1959, Прага.



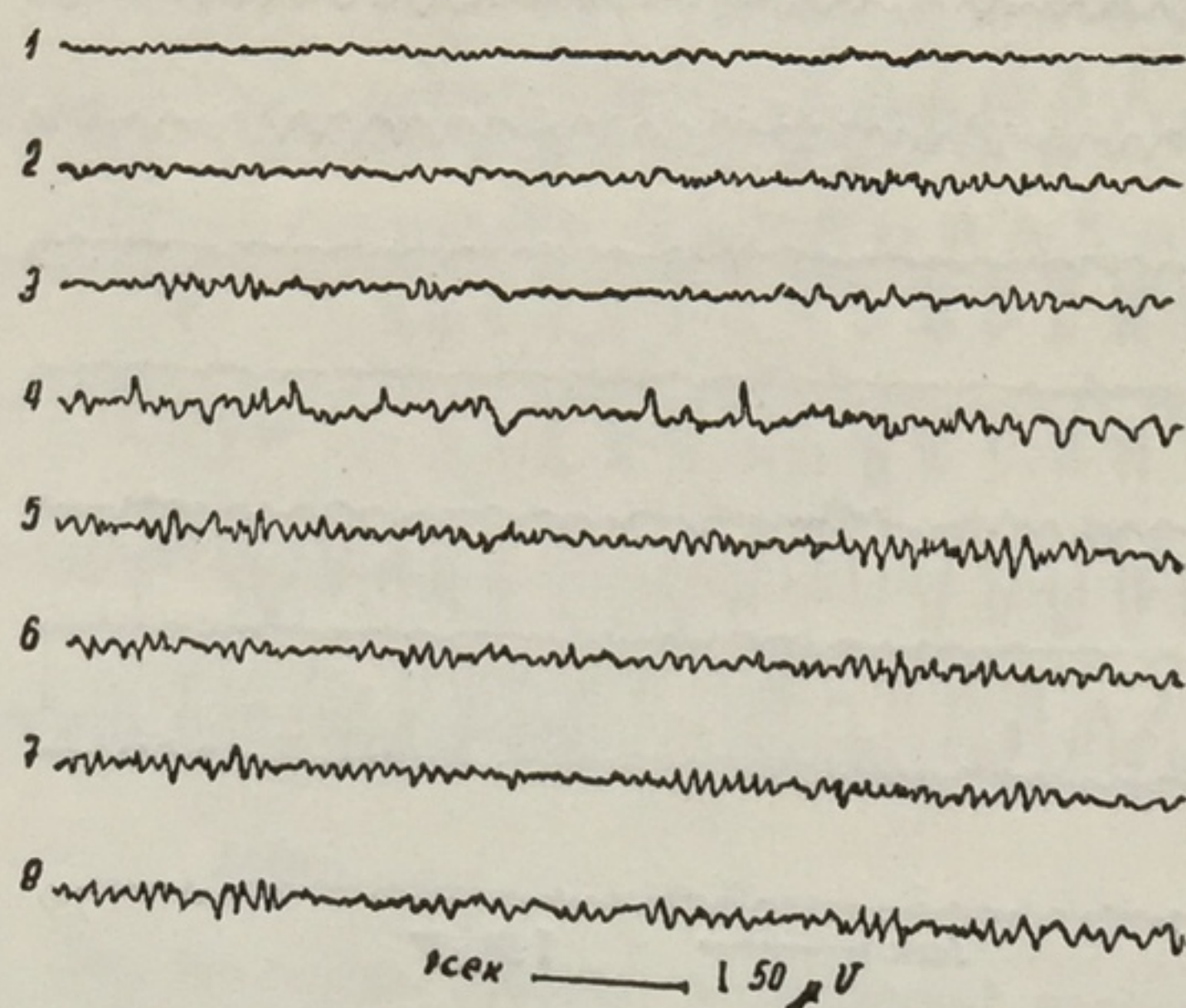
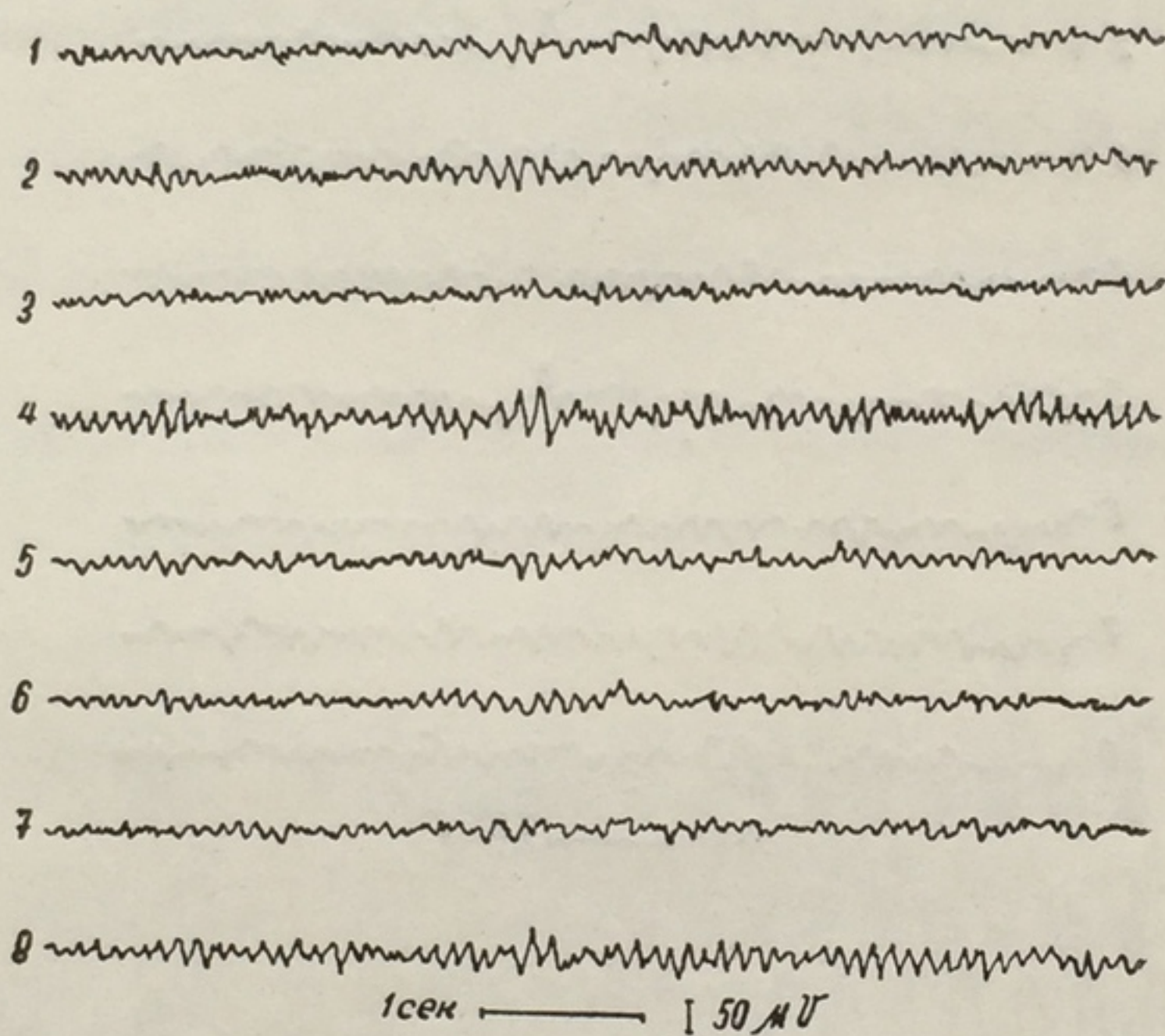
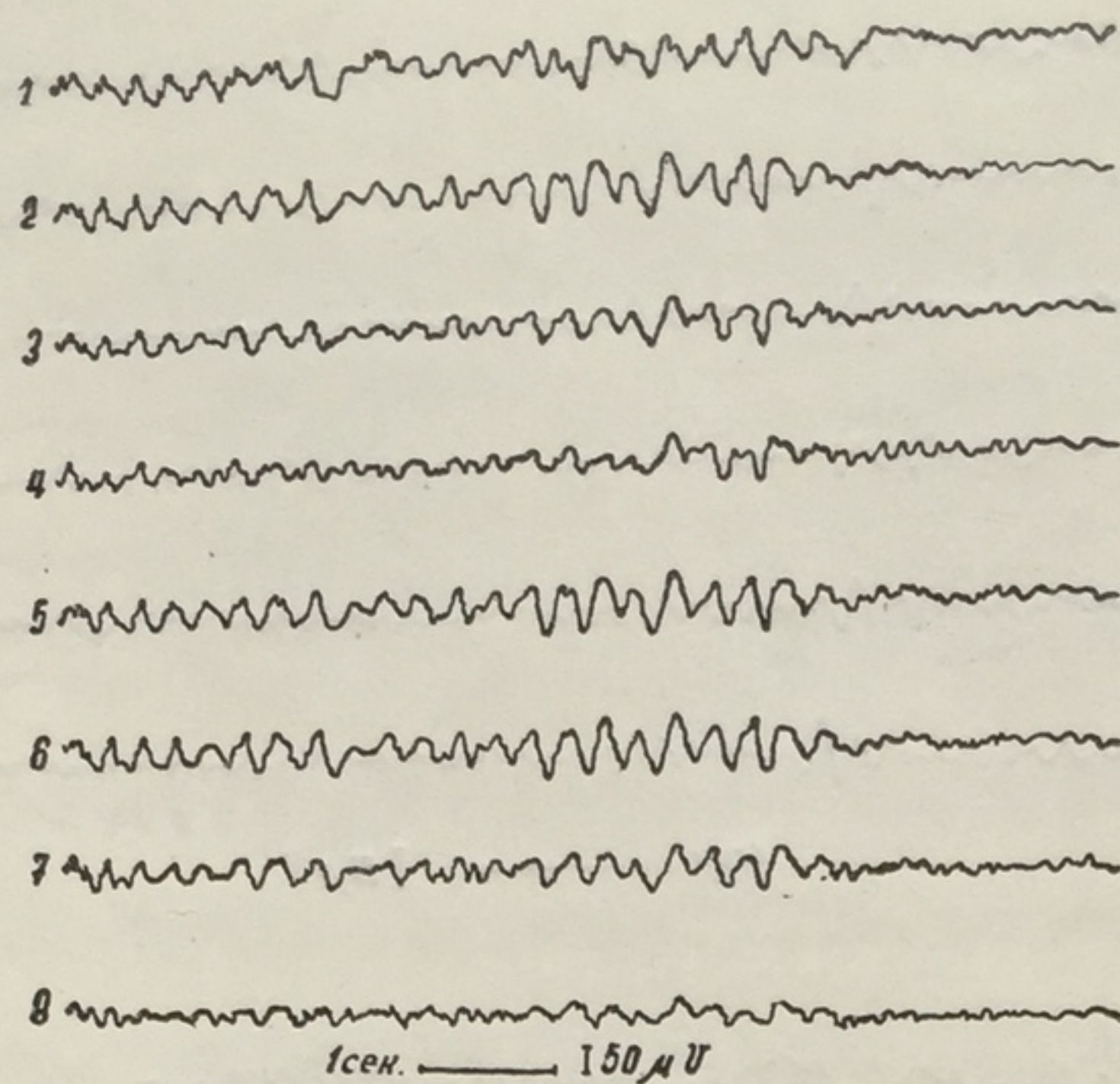
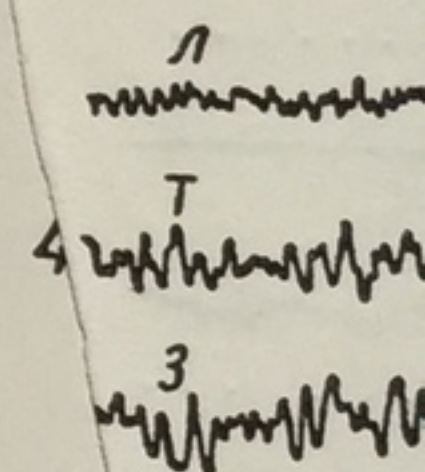
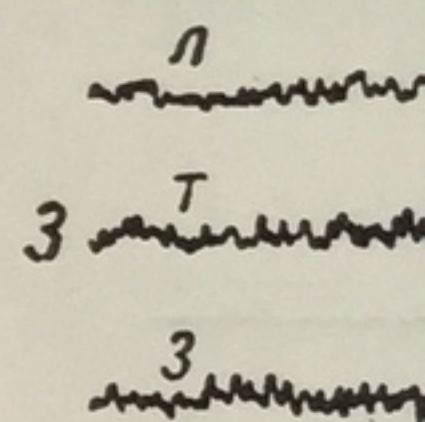
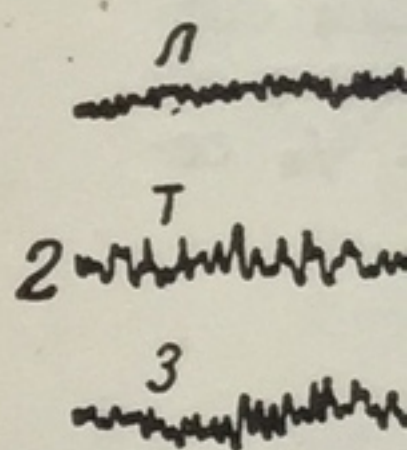
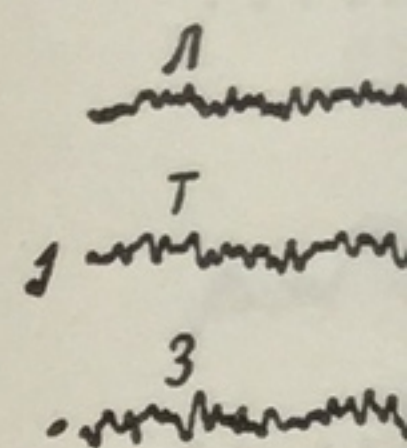


Рис. 572—574. Эпилепсия. ЭЭГ, записанные во время большого судорожного припадка (разные больные).  
В. Пита (Vaclav Pitha). Аллокортес человека, 1959, Прага.



Ф. Джиббс



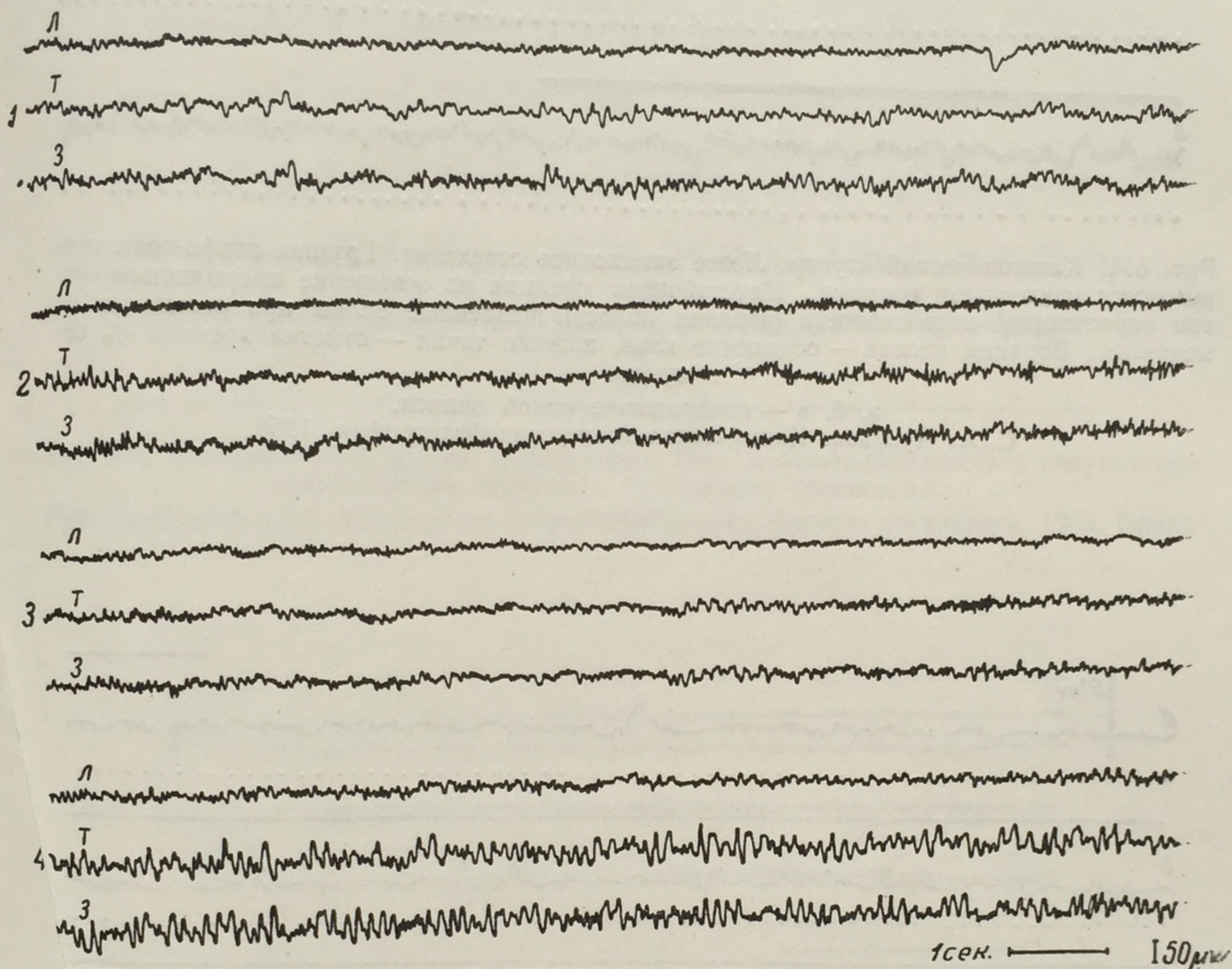


Рис. 575. Шизофрения. Варианты ЭЭГ.

Ф. Джиббс и Е. Джиббс (Gibbs F. A., Gibbs E. L.). Атлас электроэнцефалографии, Кембридж, 1941.



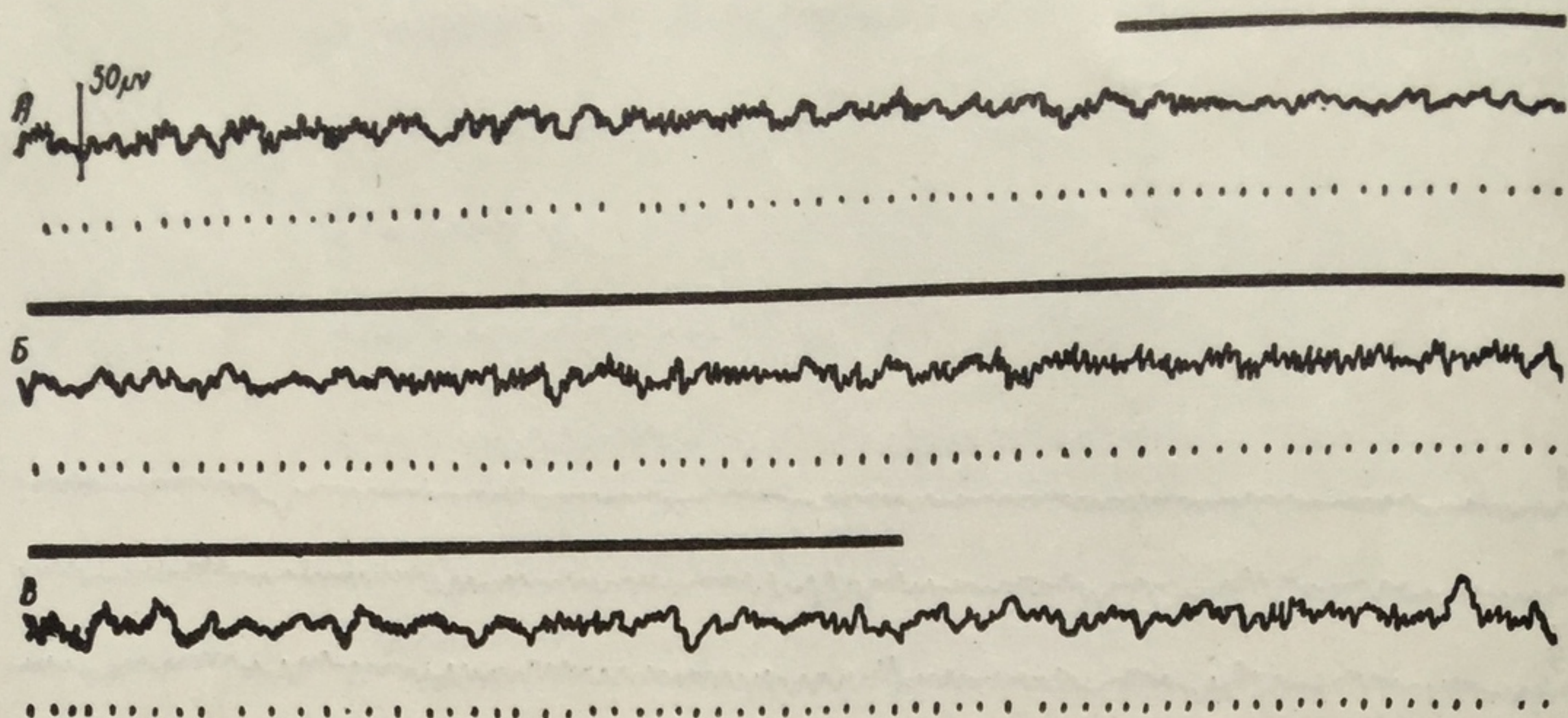


Рис. 576. Кататонический ступор. Левое затылочное отведение. Группы альфа-волн прерываются медленными волнами. Неустойчивая реакция на освещение прерывистым светом нарастающей интенсивности (верхняя полоса). Медленные волны при освещении не меняются. Верхняя полоса — освещение глаз, нижние точки — отметка времени  $\frac{1}{8}$  секунды.

а, б, в — продолжение одной записи.

С. А. Чугунов. Клиническая электроэнцефалография, 1956.

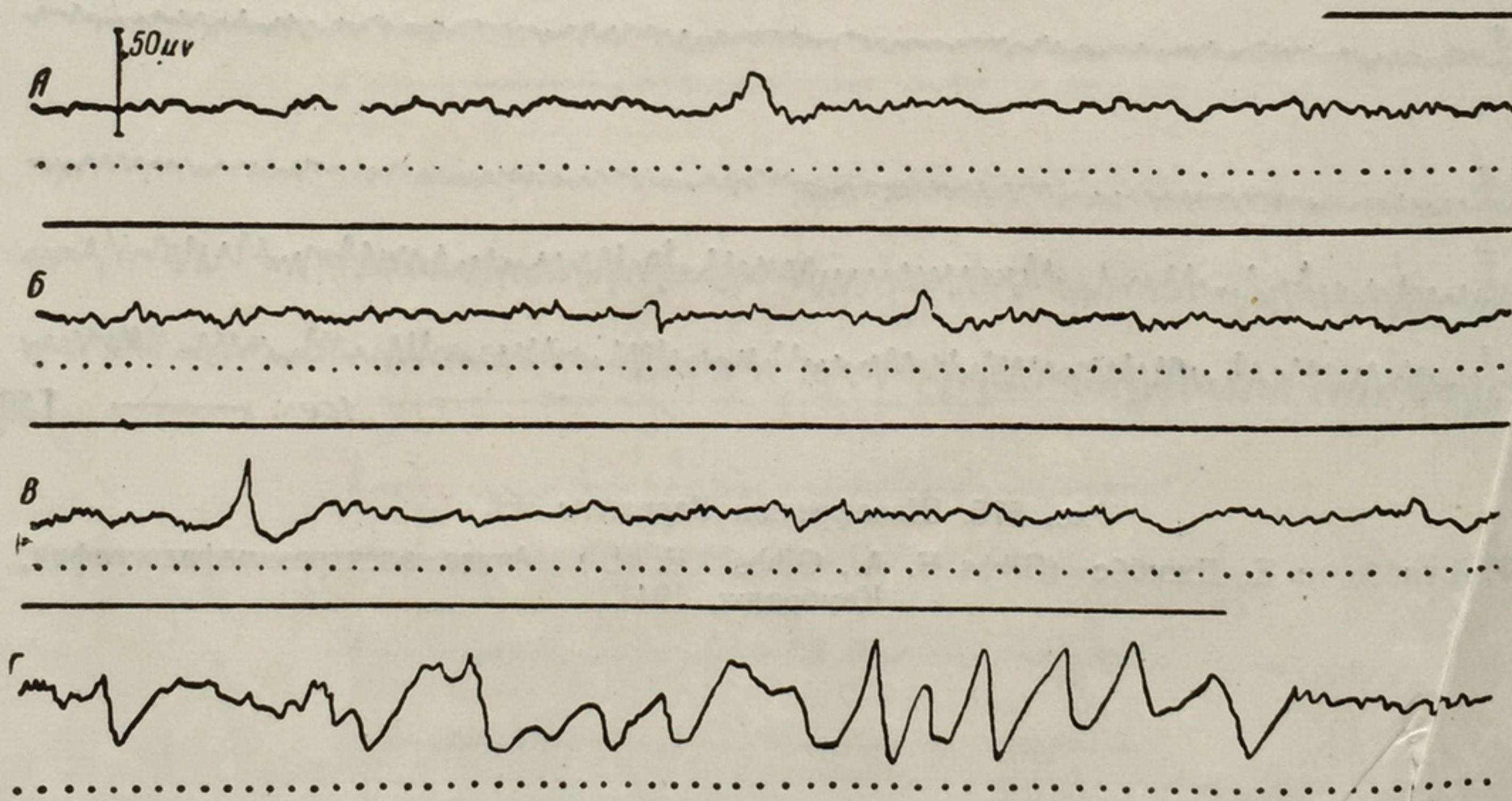


Рис. 577. Простая форма шизофрении. Правое лобное отведение. Слабая электроактивность. Отдельные медленные волны. При освещении прерывистым светом нарастающей яркости в течение 22 секунд изменений на кривой нет. Затем появляются отдельные острые волны, превращающиеся под конец освещения (наиболее яркий свет) в эпилептоидные разряды с амплитудой в 120—130 микровольт. Короткое последствие. Верхняя полоса — освещение глаз. Нижние точки — отметка времени  $\frac{1}{4}$  секунды.

а, б, в, г — продолжение одной записи.

Там же.



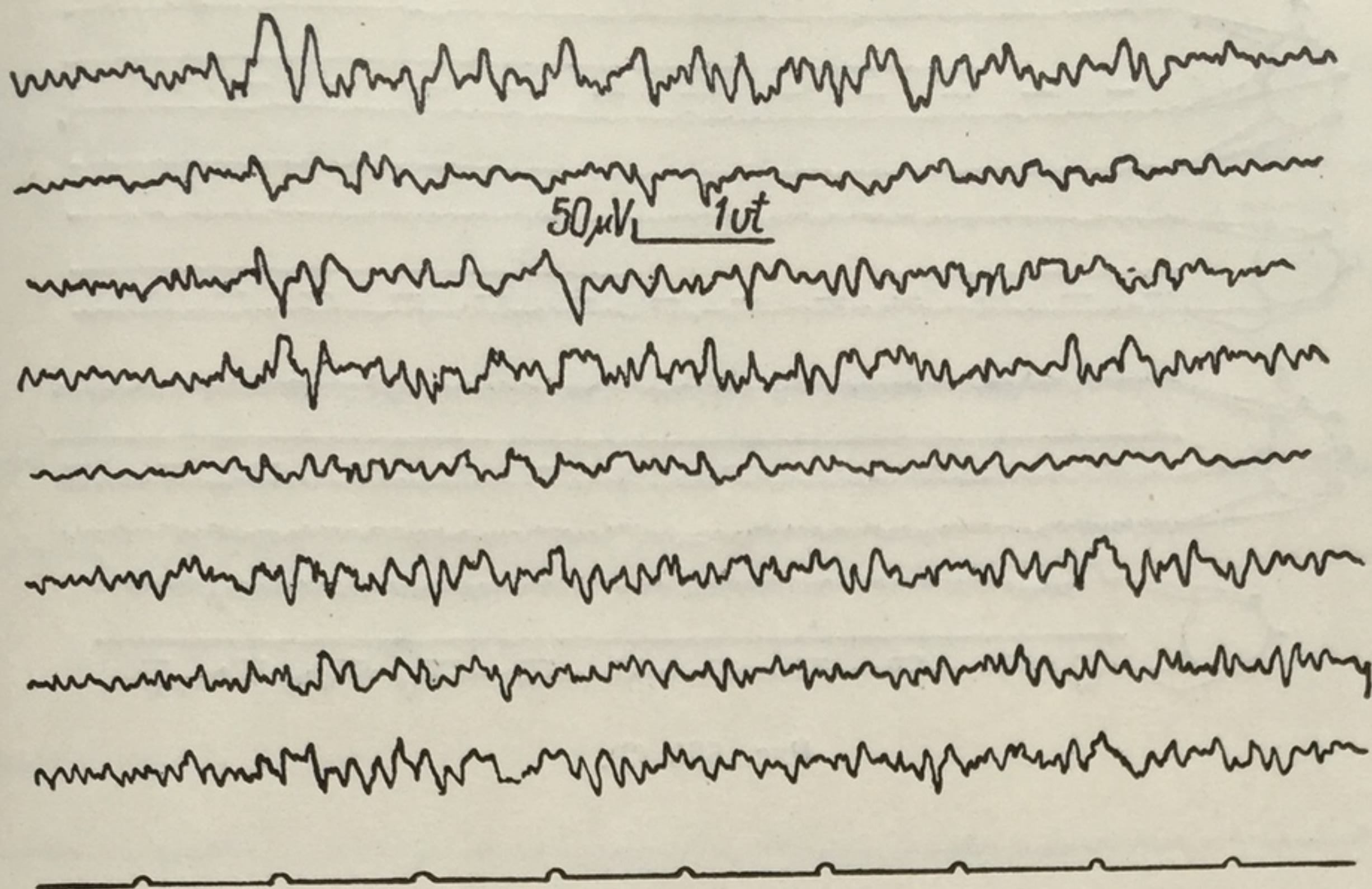


Рис. 578. Кататоническая форма шизофрении. Тета и дельта-активность в инсулиновом прекоматозном состоянии. Судорожные проявления.  
Рубичек (Roubíček), З. Мисливечек (Zdenek Mysliveček), Частная психиатрия, 1959, Прага.

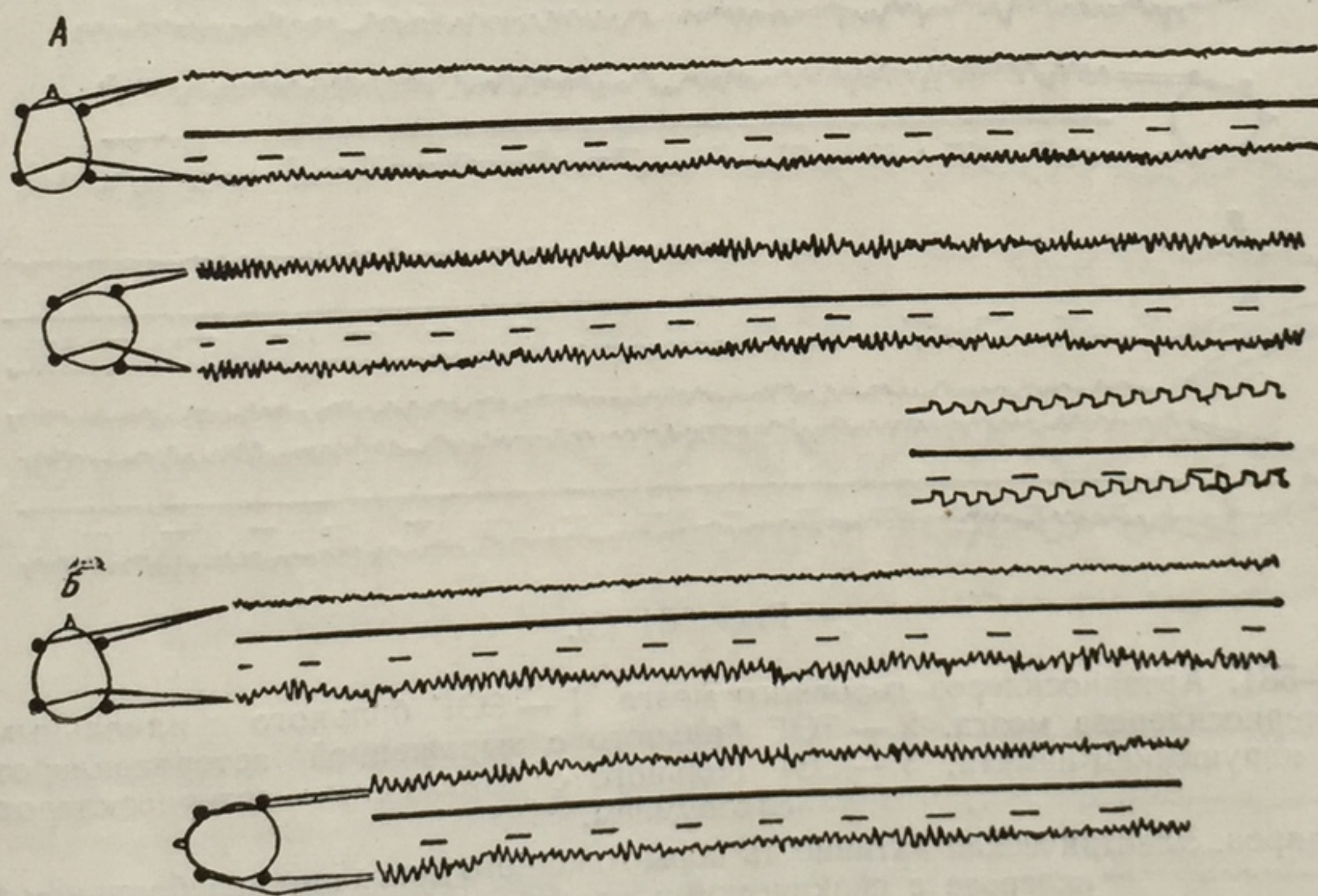


Рис. 579 (1).

Рис. 579—581. Артериосклероз головного мозга. 1 — ЭЭГ больного с начальными явлениями артериосклероза мозга, 2 — ЭЭГ больного с выраженной артериосклеротической астенией, нарушением памяти, 3 — ЭЭГ больного с выраженным артериосклеротическим слабоумием.  
Г. В. Столяров. Электрическая активность коры головного мозга при церебральном артериосклерозе с психическими нарушениями, 1958.



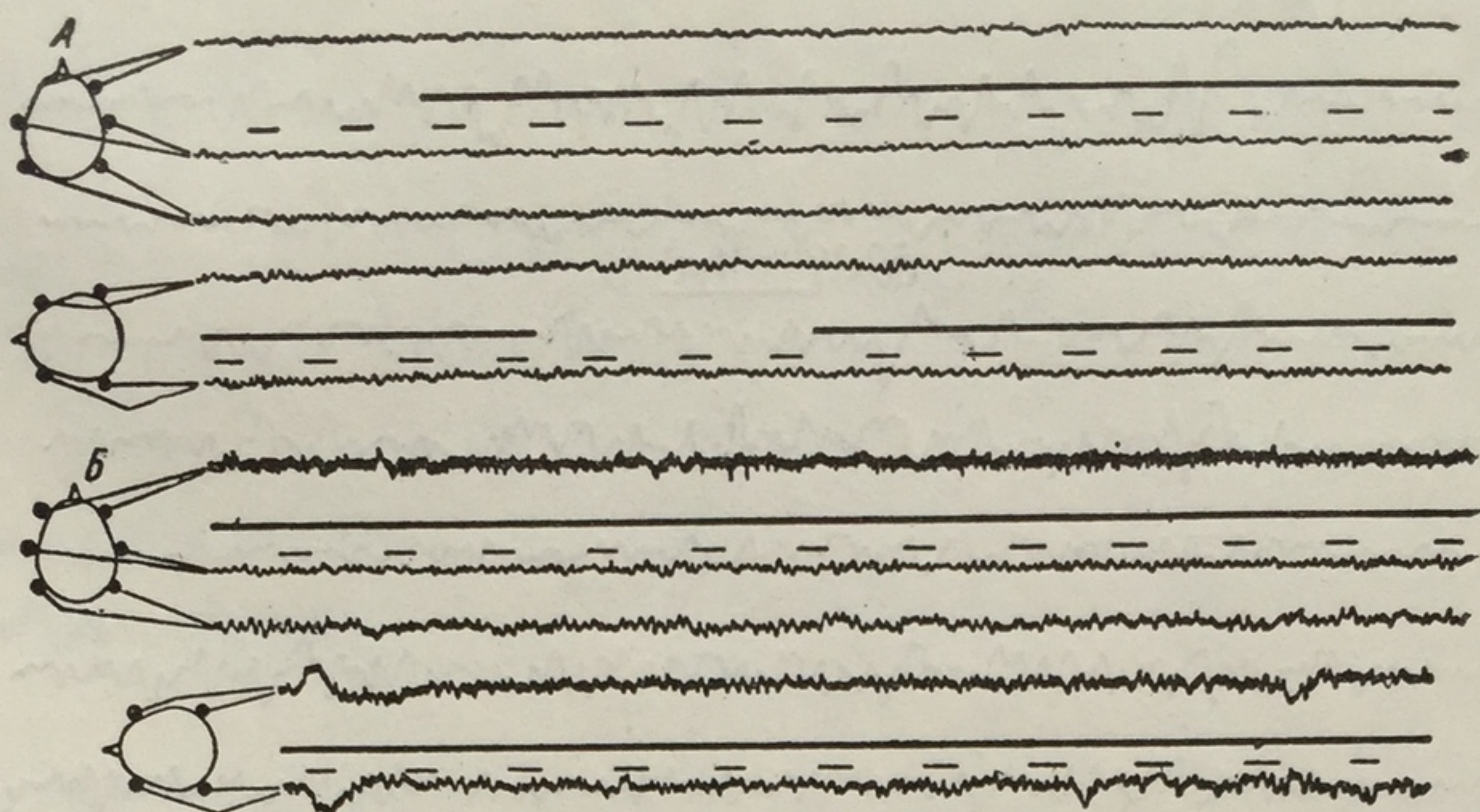


Рис. 580 (2).

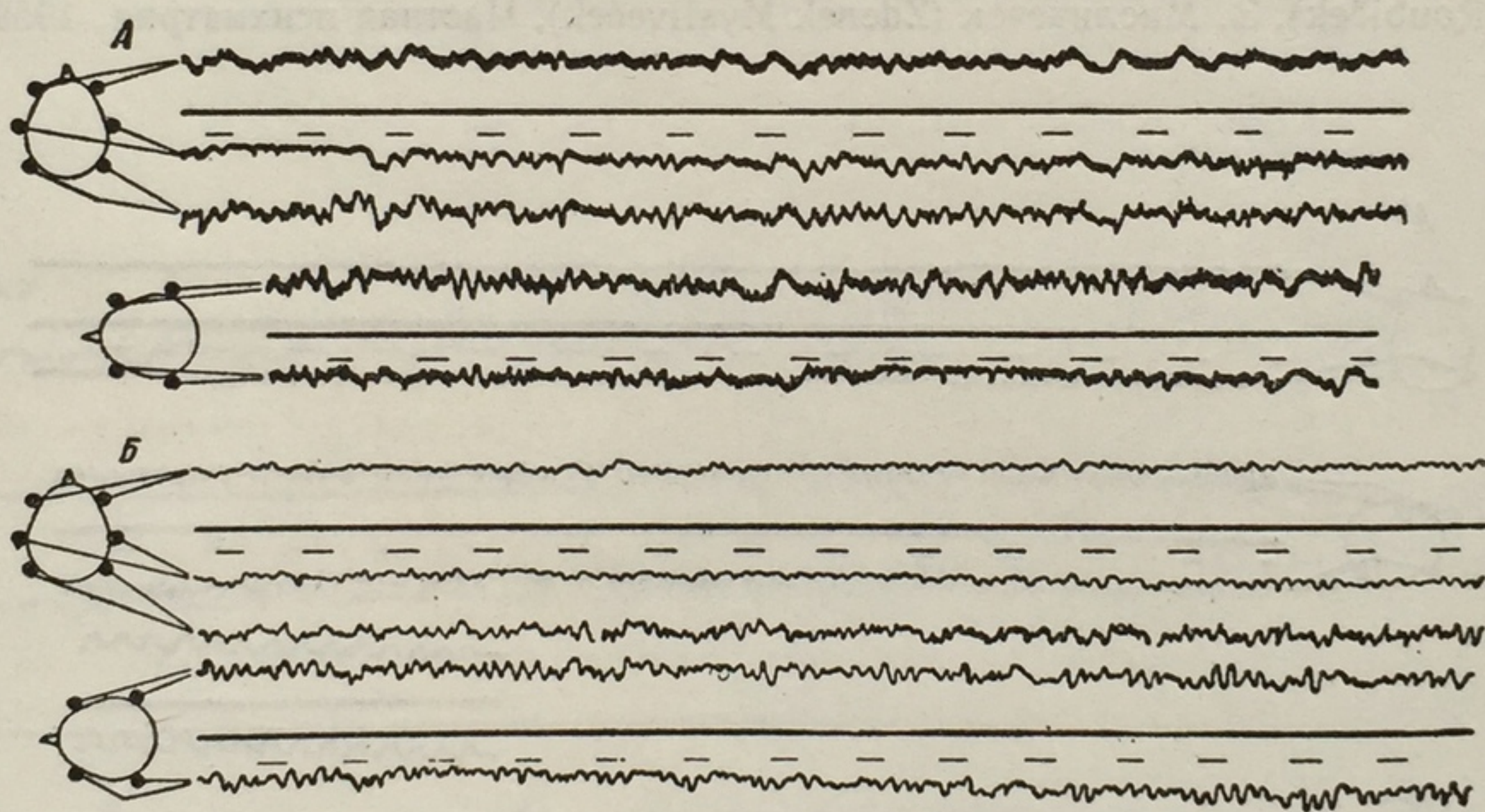


Рис. 581 (3).

Рис. 579—581. Артериосклероз головного мозга. 1 — ЭЭГ больного с начальными явлениями артериосклероза мозга, 2 — ЭЭГ больного с выраженной артериосклеротической астенией, нарушением памяти, 3 — ЭЭГ больного с выраженным артериосклеротическим слабоумием.

Г. В. Столяров. Электрическая активность коры головного мозга при церебральном артериосклерозе с психическими нарушениями, 1958.



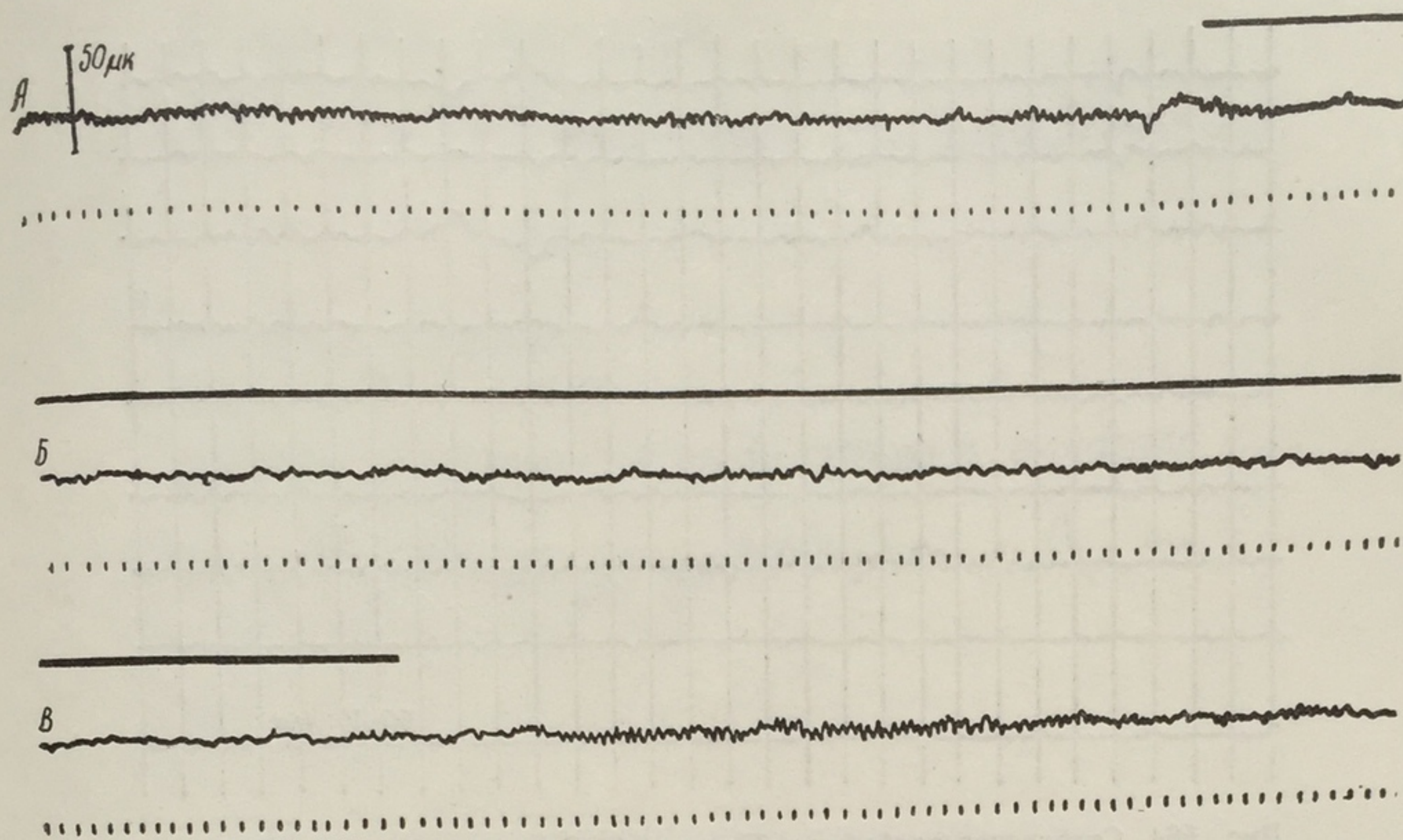


Рис. 582. Артериосклероз мозга. Деменция. Затылочное отведение. Снижение электрической активности мозга. Монотонная депрессия альфа-ритма в течение всего времени освещения без последствия. Верхняя полоса — освещение глаз, нижние точки — отметка времени  $\frac{1}{5}$  секунд.

С. А. Чугунов. Клиническая электроэнцефалография, 1956.

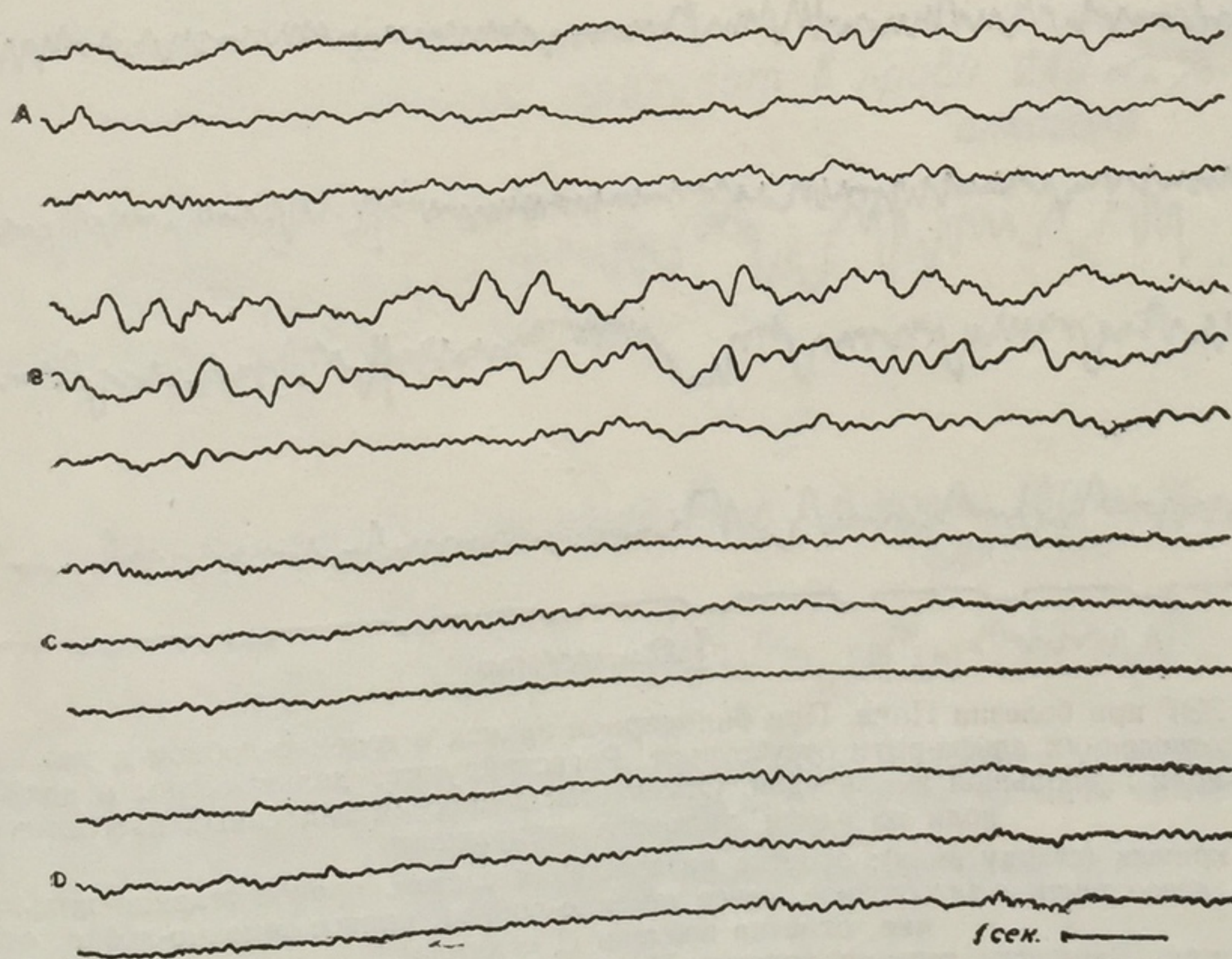


Рис. 583. Артериосклероз головного мозга. ЭЭГ при мозговом кровоизлиянии. Ф. Джиббс и Е. Джиббс (Gibbs F. A., Gibbs E. L.). Атлас электроэнцефалографии. Кембридж, 1941.



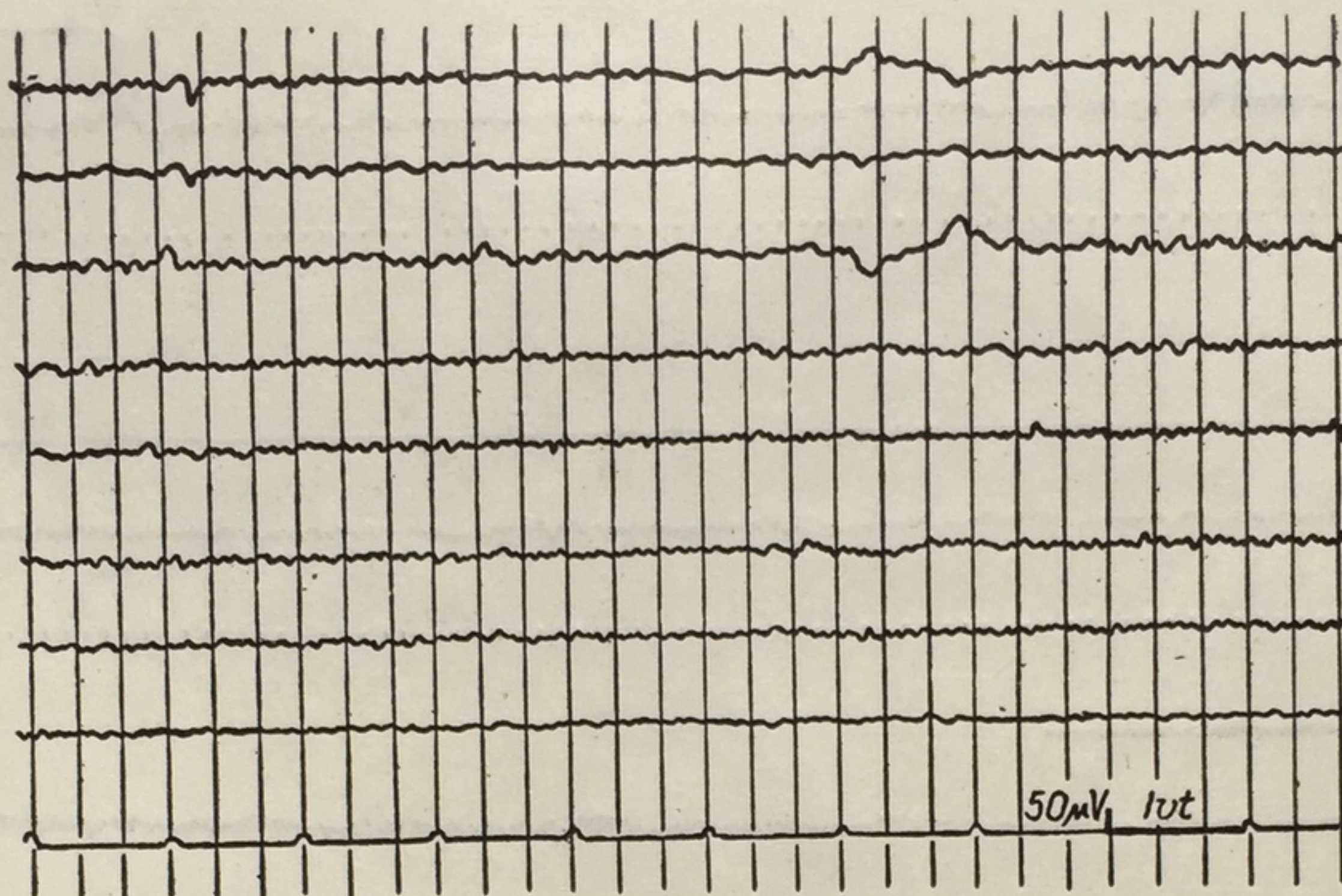


Рис. 584. Старческое слабоумие. Плоская ЭЭГ, группы медленных волн.  
З. Мисливечек (Zdeněk Mysliveček). Частная психиатрия, 1959, Прага.

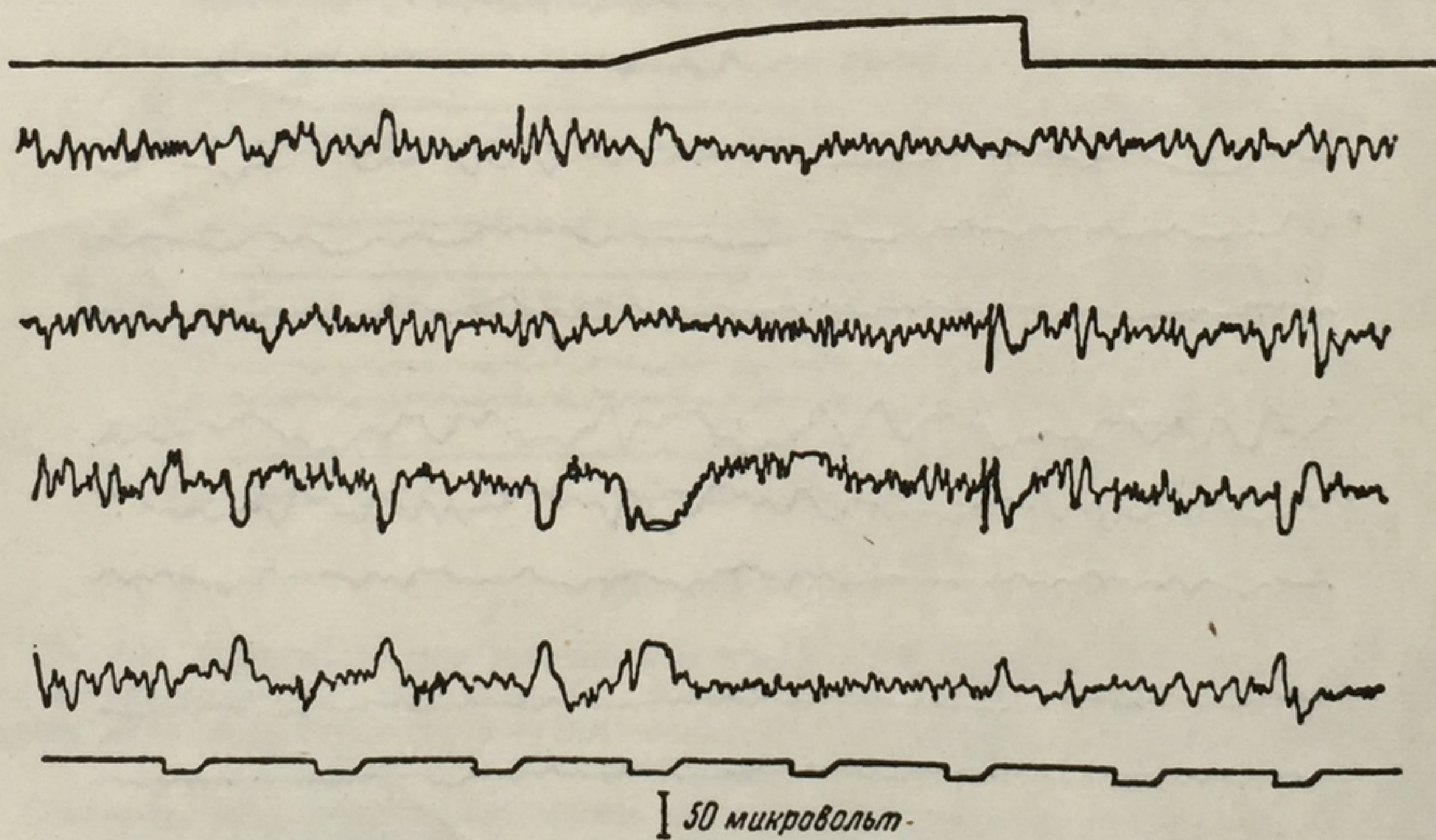


Рис. 585. ЭЭГ при болезни Пика. При биполярной записи в теменно-лобном и теменно-затылочном отведениях альфа-ритм отсутствует. Регистрируются дельта-волны и колебания типа бета-волн с небольшой амплитудой. Отмечается депрессия медленных патологических волн во время светового раздражения.

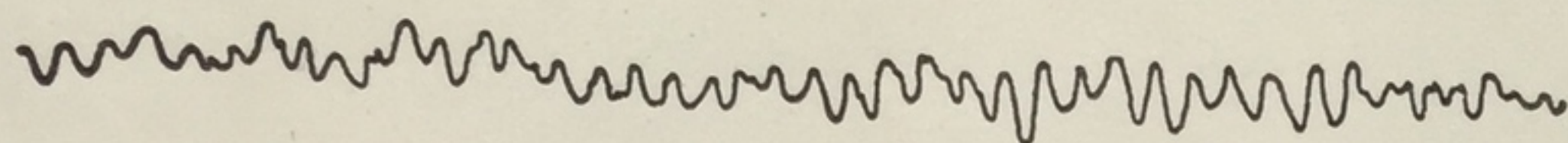
Значение кривых (сверху вниз): отметка раздражения светом, правое теменно-затылочное отведение, левое теменно-затылочное, левое теменно-лобное, правое теменно-лобное отведение, отметка времени (1 секунда).

А. З. Черняк. Варианты течения болезни Пика, Журн. невропатологии и психиатрии, вып. 4, 1957.

Рис. 586. Д  
голика. По

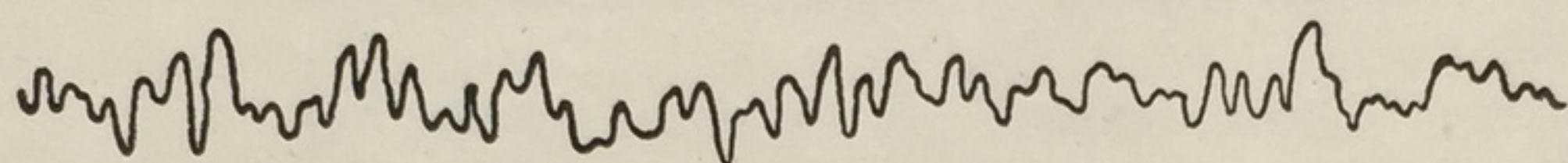


До алкоголя 10 час. утра

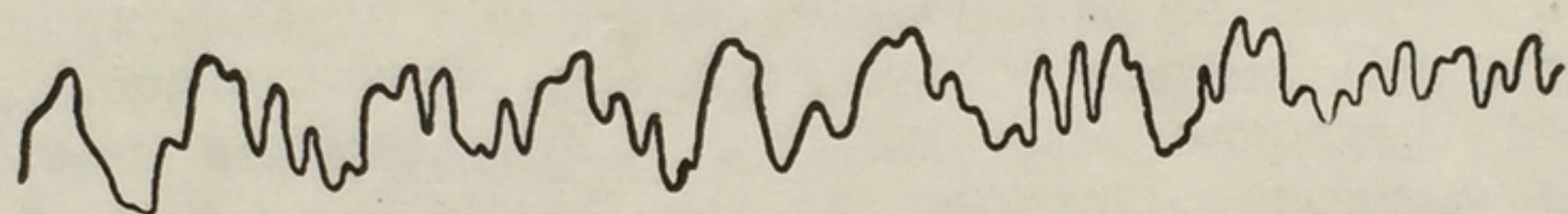


В 3 приема введено  
208 см<sup>3</sup> 95% алкоголя

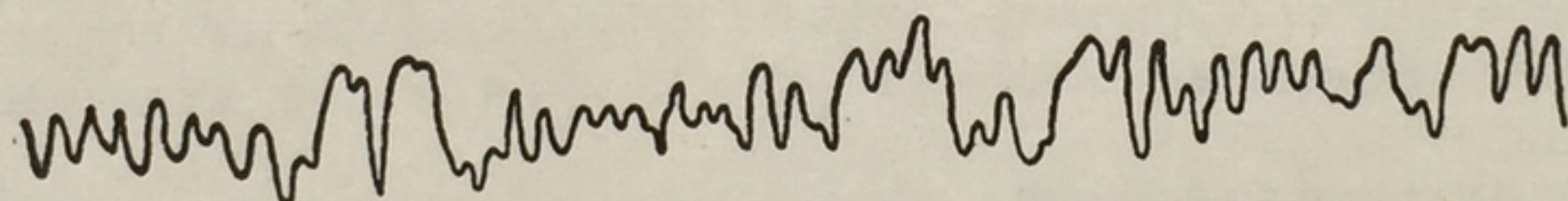
12 ч 30 м опьянение. В крови 210 мг% алкоголя



1 ч 20 м. Пьян. В крови 180 мг% алкоголя



4 ч 20 м. Опьянение проходит в крови 240 мг%  
алкоголя



5 ч 50 м. Полное вытрезвление В крови 130 мг%  
алкоголя

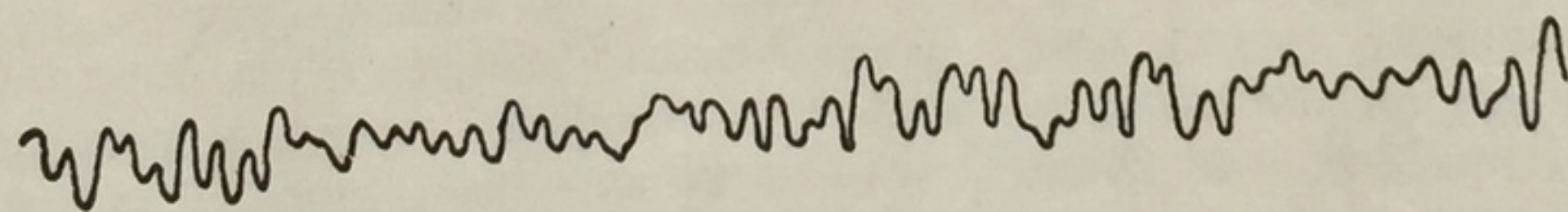


Рис. 586. Действие алкоголя на электроэнцефалограмму у тяжелого хронического алкоголика. После введения 208 куб. см. алкоголя — появление больших медленных волн (по Энгелю и Розенбауму).

С. А. Чугунов. Клиническая электроэнцефалография, 1956



И  
И ЭК

В мет  
подкрепл  
условной  
ся в перво  
крепление  
первоначал  
световая  
«нажмите»  
не начнет  
без повтор  
Величи  
стеклянной  
лоном рези  
нимается в  
Двигате  
реакцией.

Реакция  
«нажмите»,  
валась и пр

Вначале  
кивают, что  
После этого  
зависимости  
ются на балл  
и сразу отпу  
риментатору  
приступают к  
получаса. Си  
делах 20—50  
равномерным  
3 секунд. В  
экспериментат  
осуществил п  
испытываемого  
условная реак



## НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

(составлено доц. И. Я. Завилянским)

### ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ УСЛОВНЫХ РЕАКЦИЙ НА РЕЧЕВОМ ПОДКРЕПЛЕНИИ

В методике исследования двигательных условных реакций на речевом подкреплении (рис. 587—591) слово служит возбудителем либо тормозом условной двигательной реакции. Методика эта отражает связи, образующиеся в первой сигнальной системе. Особенностью же ее является речевое подкрепление, обращенное ко второй сигнальной системе. При этой методике первоначально индифферентный раздражитель, например звонок либо световая вспышка, несколько раз сопровождается речевым приказом — «нажмите» — до тех пор, пока самый сигнал раздражитель (звонок или свет) не начнет вызывать требуемой двигательной реакции (нажим на баллон) без повторного словесного подкрепления.

Величина нажима на баллон или грушу отмечается на рефлексометре — стеклянной трубке с нанесенными на ней делениями и соединенной с баллоном резиновой трубкой. При нажиме окрашенная жидкость в трубке поднимается вверх на определенный уровень, соответствующий силе нажима.

Двигательная реакция на приказ «нажмите» называется **ОСНОВНОЙ** реакцией.

Реакция, возникающая в дальнейшем уже без словесного приказанья «нажмите», свидетельствует о том, что условнорефлекторная связь образовалась и представляет **условную реакцию**.

Вначале испытуемому кратко разъясняют цель исследования и подчеркивают, что никаких неприятных ощущений исследование ему не причинит. После этого испытуемый усаживается в кресло, его рука или пальцы (в зависимости от устройства воспринимающего нажатие прибора) располагаются на баллоне либо груше. Испытуемому предлагается нажать на прибор и сразу отпустить руку. Предлагается сидеть спокойно, не задавать экспериментатору вопросов, смотреть на стоящий перед ним прибор. После этого приступают к исследованию, длительность которого не должна превышать получаса. Сигналы в виде звонка, света и т. п. лучше всего подавать в пределах 20—50 секунд. Интервалы между подачей сигналов не должны быть равномерными. Действие каждого сигнала должно продолжаться не более 3 секунд. В конце первой или начале второй секунды действия сигнала экспериментатор дает приказ — «нажмите». После того, как испытуемый осуществил приказ, экспериментатор подкрепляет двигательную реакцию испытуемого словом «правильно» или «хорошо». Когда двигательная условная реакция уже выработалась, что у здоровых взрослых людей бы-



вает обычно после 2—7 сочетаний, экспериментатор оставляет уже одно только подкрепление («правильно» или «хорошо»).

Протокол исследования рекомендуется вести по такой форме:

№ раз- дражит.	Паузы	Назв. раз- дражителя	Скрытый период	Величина ус- лов. реакц.	Величина ос- нов. реакц.	Подкрепле- ние	Приме- чание

В протоколе записывается длительность пауз между условными раздражителями (это отмечается в секундах), наименование условного раздражителя, длительность скрытого периода условной реакции, величина условной реакции, а до ее образования величина основной реакции. В графе «примечание» отмечается поведение испытуемого — его мимические, пантомимические (жесты), речевые (если они есть) и вегетативные реакции. Величины основной и условной реакций отмечаются по делениям рефлексометра. Подкрепление положительное отмечается значком +, а отрицательное значком —.

У взрослых людей величина скрытого периода выражается в пределах одной секунды, величина условной реакции на рефлексометре находится в пределах от 20 до 80 его делений и обычно соответствует силе раздражителя. Если даже при многократных сочетаниях не удастся выработать положительный условный рефлекс, то это обстоятельство может указать на ослабление замыкательной функции коры, на повышенную тормозимость больших и т. д.

Для оценки состояния второй сигнальной системы в ее взаимодействии с первой экспериментатор заменяет время от времени раздражители, уже упрочившиеся, как условные их словесными обозначениями, например, вместо звучания звонка экспериментатор произносит слово «звонок». По окончании каждого опыта спрашивают испытуемого о применявшихся в опыте раздражителях, о его действиях и о связи между раздражителями и реакциями исследуемого.

Обобщение условной двигательной реакции исследуется таким образом, что уже после прочно выработанной условной реакции на определенный раздражитель в опыт вводится новый, но обращенный к другому анализирующему раздражителю, например, при выработавшейся двигательной реакции на звонок, приблизительно через 15—20 сочетаний, вводят световой раздражитель, затем возвращаются к применению звонка, но уже другой интенсивности. Новые испытываемые раздражители вставляют с интервалами не менее 20—40 секунд после неодинакового количества применений (от 3 до 8) основного раздражителя.

Они испытываются в течение 2—3 секунд и не подкрепляются (экспериментатор молчит).

Испытание внешнего торможения производится путем внезапного введения в ходе опыта в действие постороннего раздражителя. Этот посторонний раздражитель дается за 2 секунды до начала действия условного раздражителя, на котором выработан условный рефлекс. Действие постороннего раздражителя должно продолжаться в течение действия условного раздражителя и заканчиваться после прекращения действия последнего. В качестве тормозного раздражителя можно применять звуки свистка, гонга, зажигание красного света и т. д. Вообще тормозной раздражитель предпочтительней адресовать к другому анализатору.

Для  
СКОГО «  
ВОМ ПОД

№ разд- ражит.
47
48
49
1
50
51
52
53

Из про  
ного среди  
теля, прод  
жение усло  
ние величи  
условного  
При на  
ной реакции  
(парадоксал  
При ура  
дает одинак  
величины де

№ разд- ражит.	Паузы
16	20
17	15
18	25
19	10
20	20
21	15
12	25
13	20
14	15
15	25
16	10
17	20
22	15
23	10
24	20
25	15



Для иллюстрации приводим протоколы опыта из книги Ю. А. Поворинского «Методика исследования двигательных условных рефлексов на речевом подкреплении».

ПРОТОКОЛ № 11

№ разд- ражит.	Паузы	Название раздражит.	Скрытый период	Велич. ус- лов. реакц.	Вел. основн. реакции	Подкреп- ление	Примеча- ние
47	15	Синий цвет	2,0	32		+ правиль-	
48	25	»	2,5	28		+ но	
49	15	»	2,6	27		+ »	
1	20	Шум мото- ра средней силы + синий цвет	—	0		+ »	
						+ нажмите	
50	20	Синий цвет	5,0	20		+ »	
51	10	»	4,0	22		+ »	
52	15	»	4,0	23		+ »	
53	20	»	2,0	25		+ »	

Из протокола видно, что звук средней силы мотора, внезапно включенного среди опыта за 2 секунды до начала очередного условного раздражителя, продолжающийся одновременно с последним, вызывает полное торможение условной реакции, а также увеличение скрытого периода и уменьшение величины условных реакций в течение трех последующих применений условного раздражителя.

При нарушениях силовых отношений оказывается, что величина условной реакции на сильный раздражитель бывает меньшей, нежели на слабый (парадоксальная фаза).

При уравнительной фазе действие как слабого, так и сильного звонков дает одинаковые показатели как длительности скрытого периода, так и величины двигательной условной реакции.

ПРОТОКОЛ № 23

№ разд- ражит.	Паузы	Название раздражит.	Скрытый период	Велич. усл. реакции	Велич. ос- нов. реакции	Подкрепле- ние	Примеча- ние
16	20	Тихий зуммер	1,0	80		+	
17	15	»	1,1	78		+	
18	25	»	0,9	82		+	
19	10	»	1,0	81		+	
20	20	»	1,2	79		+	
21	15	»	1,1	82		+	
12	25	Резкий гудок	1,9	51		+	На лбу капли пота. Пок- раснел
13	20	»	1,8	52		+	
14	15	»	1,9	50		+	
15	25	»	2,0	53		+	
16	10	»	1,8	52		+	
17	20	»	2,1	48		+	
22	15	Тихий зуммер	1,1	76		+	
23	10	»	0,9	78		+	
24	20	»	1,0	80		+	
25	15	»	0,8	79		+	



Из этого протокола видно, что при действии слабого раздражителя (тихого зуммера) скрытый период реакции короче, а величина его выше, чем при действии сильного раздражителя (резкого гудка), что является показателем наличия парадоксальной фазы.

Дифференцировка (она у здоровых людей образуется уже через два-четыре сочетания) вырабатывается следующим образом: после образования прочного положительного условного рефлекса на какой-либо раздражитель, например, на красный свет, начинают время от времени применять синий свет. Применяют его эпизодически, между несколькими испытаниями, в течение 3 секунд. Применение синего света сопровождается отрицательным словесным подкреплением. Получение нулевого эффекта (трехкратного) свидетельствует о выработке дифференцировки.

О невыработке дифференцировки говорит неполучение нулевого эффекта при 15-кратном применении дифференцировочного раздражителя.

Для получения результатов необходимо учитывать и то, как быстро упрочивается дифференцировка. Об упрочении ее говорит отсутствие двигательной реакции при 5—6 применениях подряд дифференцировочного раздражителя в чередовании с основным положительным раздражителем. Дифференцировочный раздражитель следует применять не чаще, чем через 3—4 применения основного раздражителя.

Удлинение скрытого периода и уменьшение, а иногда исчезновение условной реакции свидетельствует о появлении так называемого **последовательного** торможения, которое может распространяться и на несколько условных раздражителей, следующих за применением дифференцировочного раздражителя. После этого условная реакция восстанавливается до прежней величины.

Под влиянием внешнего раздражителя можно наблюдать расторможение дифференцировки.<sup>1</sup>

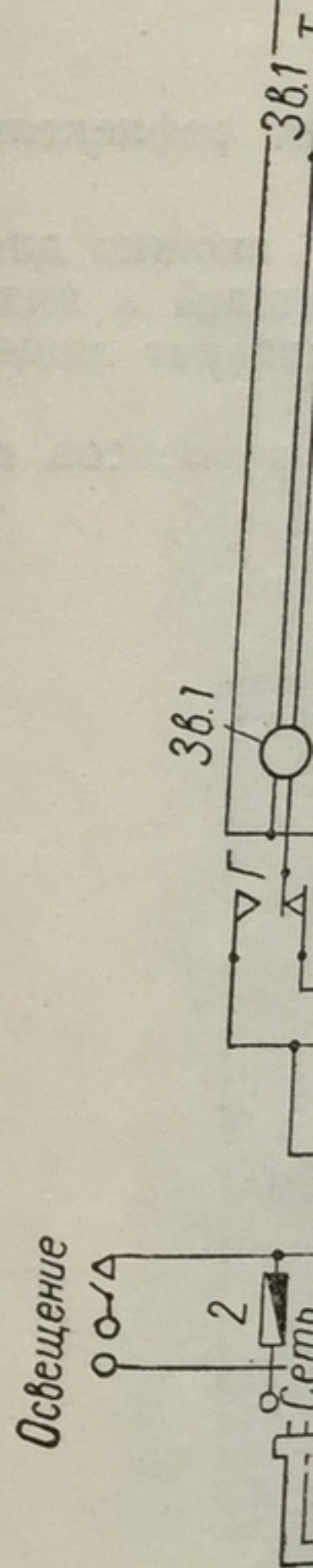
\* \* \*

Для исследования взаимоотношений основных нервных процессов в коре головного мозга и ее взаимоотношений с подкорковой областью пользуются исследованием ориентировочной реакции, в частности ее зрачкового компонента.

«...хорошая выраженность ориентировочной реакции свидетельствует о хорошем тоне подкорки. Ее быстрое угашение и восстановление, а также растормаживание говорят о достаточно высоком тоне коры, что является нормальным для здоровых людей молодого и среднего возраста. Усиление этого рефлекса при недостаточной угашаемости может говорить о недостаточности корковой регуляции, о слабости тона коры мозга. Ослабление или исчезновение ориентировочного рефлекса может свидетельствовать об отсутствии торможения в высших отделах мозга; извращение его по силе и характеру будет говорить, по-видимому, о наличии неполного торможения с фазовыми явлениями в коре головного мозга» (М. П. Татаренко).

Методика В. П. Протопопова для исследования образования оборонительного условного рефлекса: правая рука испытуемого, находящегося в кабине, лежит на столике, причем второй и третий пальцы помещаются на особом ключе. Своей тяжестью пальцы прижимают верхнюю пластинку прибора к выступающим на его основании электродам. Этим самым пальцы вводятся в цепь электрических проводов, которыми прибор соединен с санным аппаратом Дюбуа-Раймонда (рис. 590). Экспериментатор помещается вне кабины, в которой находится испытуемый. Перед экспериментатором

<sup>1</sup> Составлено по Ю. А. Поворинскому.





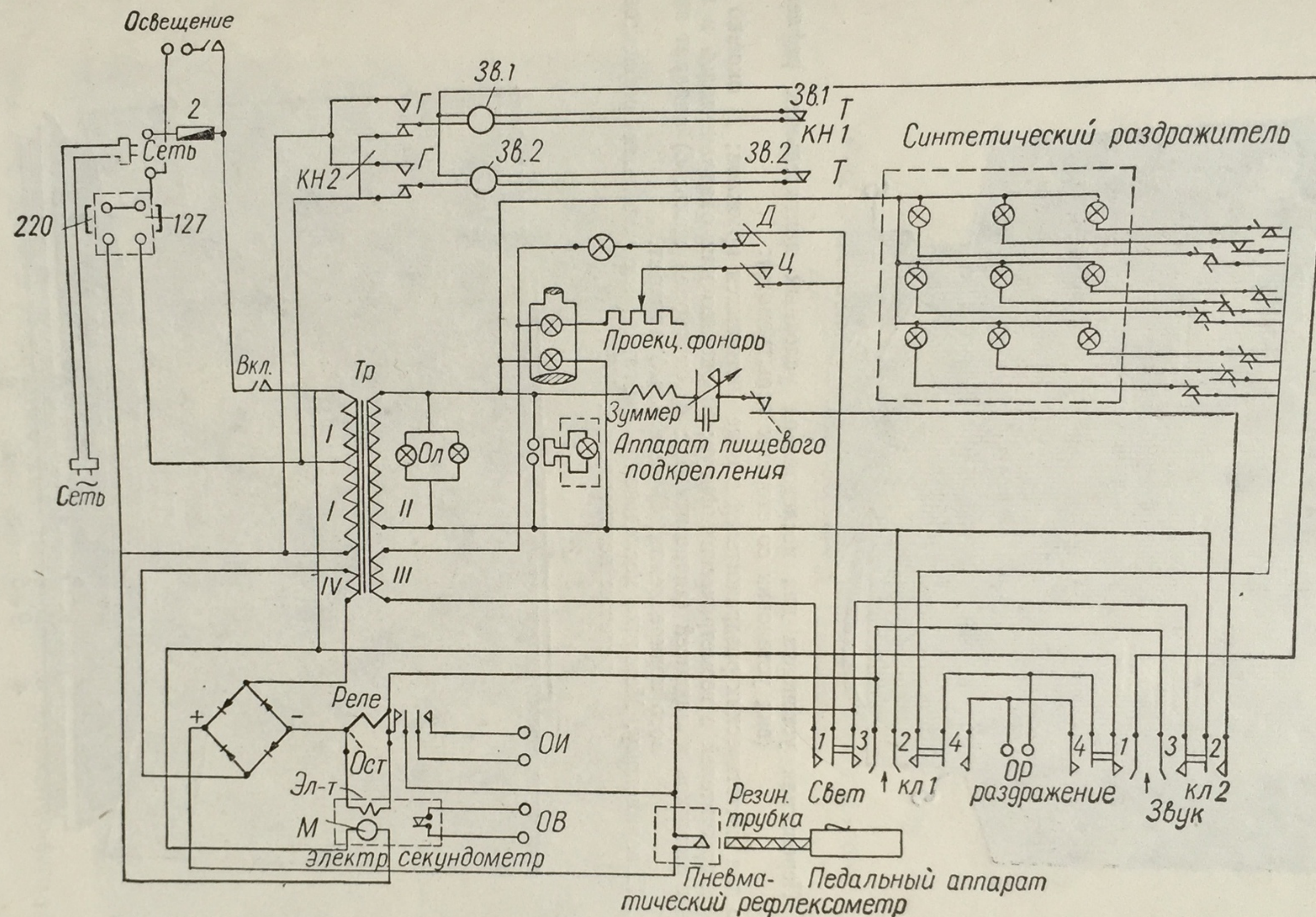


Рис 587. Принципиальная схема установки для исследования условных двигательных рефлексов.  
По Ю. А. Поворинскому. Методика исследования двигательных условных рефлексов, 1954.



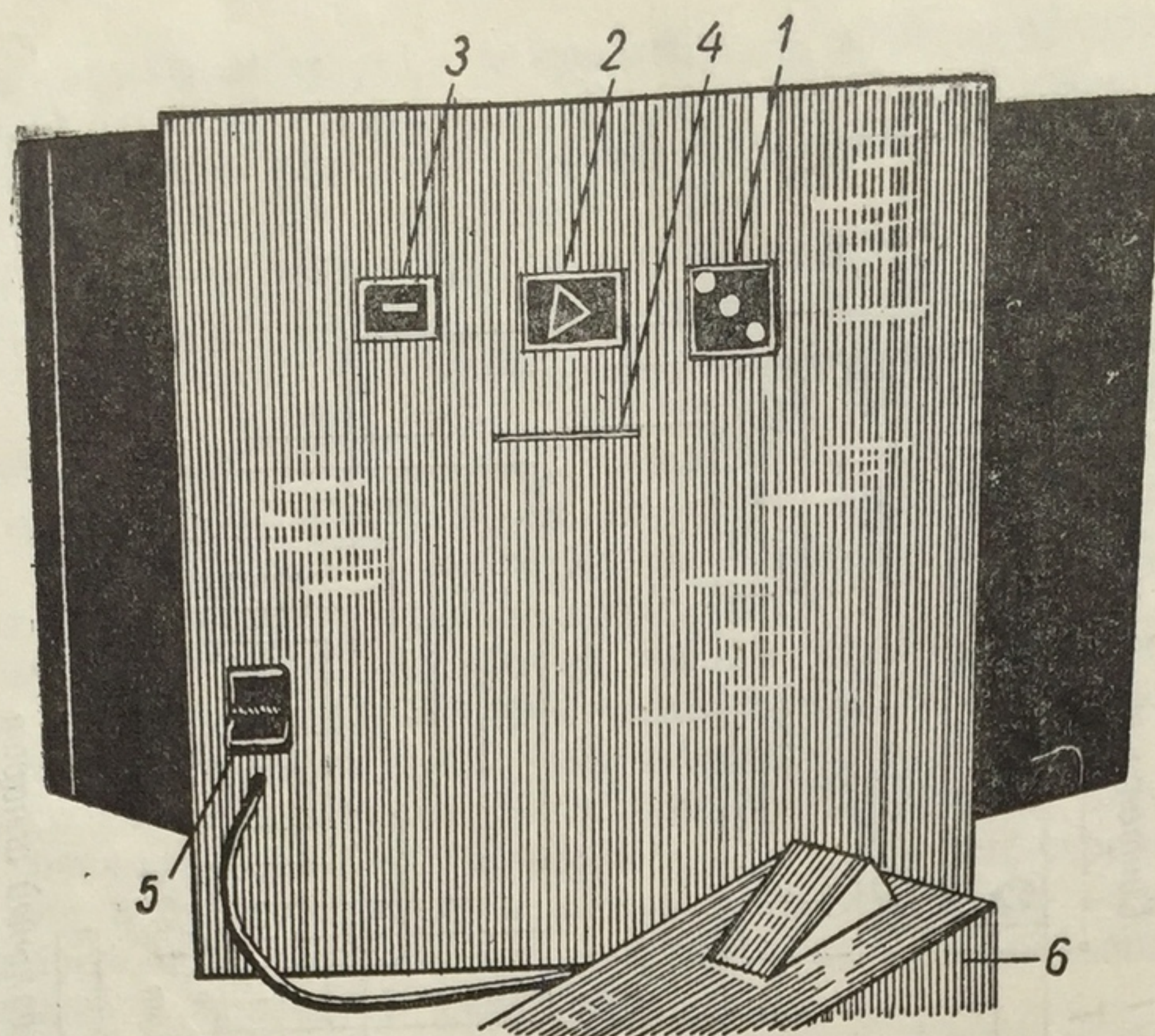


Рис. 588. Переносная установка для исследования условных двигательных рефлексов (вид установки со стороны испытуемого):

1) окошко для синтетических раздражителей в виде светящихся кружков; 2) окошко для световых раздражителей и геометрических фигур; 3) окошко для раздражителей в виде прозрачных рисунков и надписей (диапозитивов); 4) смотровая щель; 5) аппарат пищевого подкрепления; 6) педальный аппарат.

По Ю. А. Поворинскому. Методика исследования двигательных условных рефлексов на речевом подкреплении, 1954.

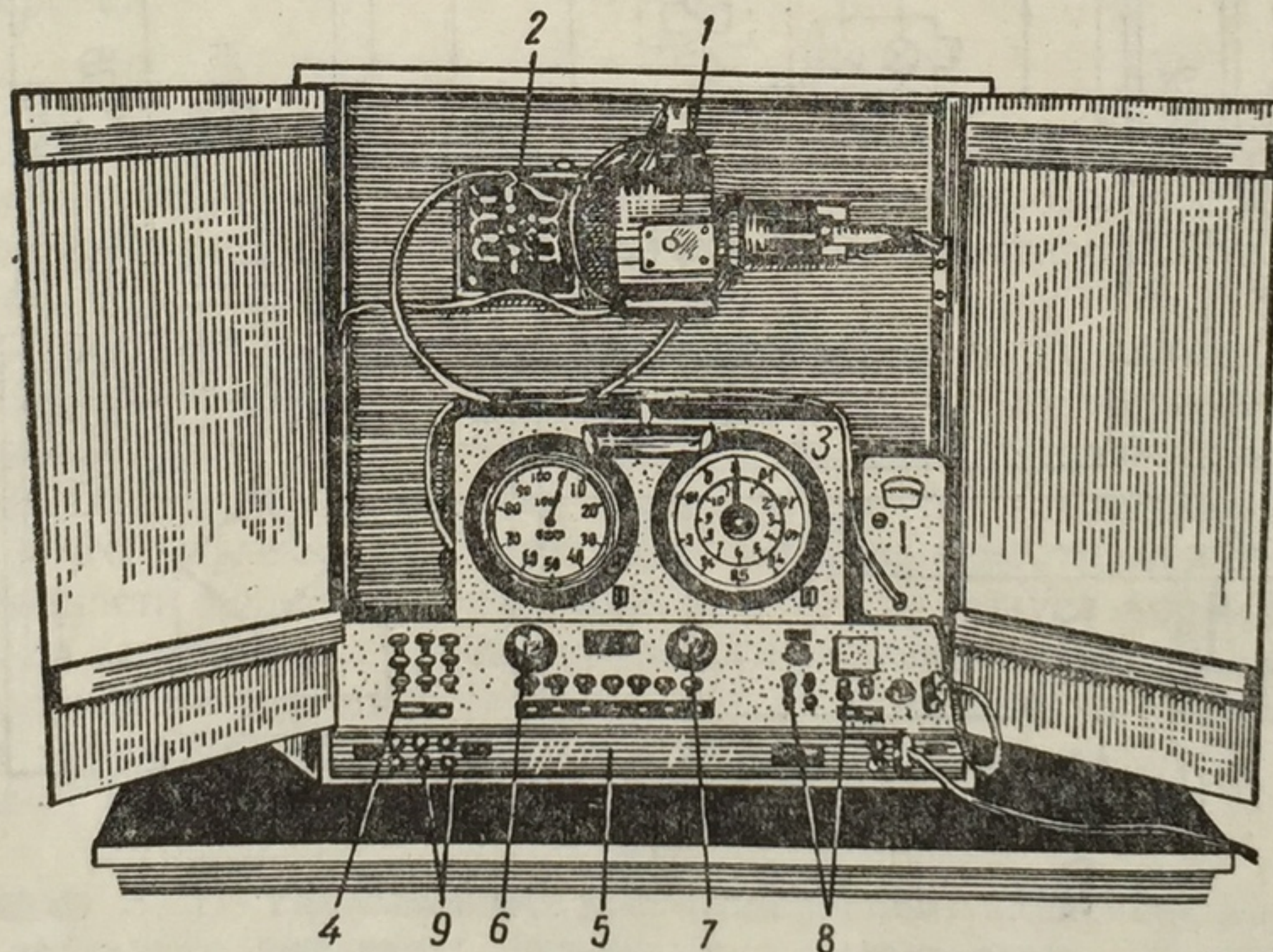


Рис. 589. Переносная установка для исследования условных двигательных рефлексов (вид установки со стороны экспериментатора):

1) проекционный фонарь для подачи световых раздражителей и геометрических фигур; 2) лампочки светового синтетического раздражителя; 3) приборы для измерения реакций испытуемого (рефлексометр, электросекундомер); 4) кнопки зажигания лампочек синтетического раздражителя; 5) кнопки для выключения звуковых и световых раздражителей; 6) ручка для регулирования громкости и частоты звуковых раздражителей; 7) ручка для регулирования интенсивности световых раздражителей; 8) кнопки для включения установки и отдельных раздражителей; 9) гнезда для присоединения отметчиков на кимографе.

Там же.



на



yp;



Й;

et-



Киевская психоневрологическая больница  
им. академика И. П. Павлова

СЛОВА-РАЗДРАЖИТЕЛИ

для словесного (ассоциативного) эксперимента

Фамилия, и., о. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_  
Образование \_\_\_\_\_  
Диагноз \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

№ п.п	Слова-раздражители	Латентный период	О т в е т	Примечание
1	Хлеб . . . . .			
2	Береза . . . . .			
3	Стол . . . . .			
4	Книга . . . . .			
5				
6	Поезд . . . . .			
7	Голова . . . . .			
8	Бутылка . . . . .			
9	Лето . . . . .			
10	Муж . . . . .			
11				
12	Дождь . . . . .			
13	Болезнь . . . . .			
14	Враг . . . . .			
15	Река . . . . .			
16	Ночь . . . . .			
17				
18	Жена . . . . .			
19	Яблоко . . . . .			
20	Работа . . . . .			
21	Огонь . . . . .			
22	Молоко . . . . .			
23				
24	Друг . . . . .			
25	Кровать . . . . .			
26	Цветок . . . . .			
27	Любовь . . . . .			
28	Собака . . . . .			
29				
30	Сало . . . . .			
31	Дом . . . . .			
32	Врач . . . . .			
33	Зима . . . . .			
34	Ребенок . . . . .			
35				

Заключение

Образец таблицы с перечнем слов-раздражителей для проведения словесного (ассоциативного) эксперимента.

Словес  
гов, главны  
ся комбини  
деятельнос  
ные систем  
А. Г.  
условные си  
чевые услов  
в прошлой  
Два пок  
ности ответ  
при нейроди  
В клинике по  
характерные  
При сос  
проведения а  
новном беру  
Ими рекомен  
ной степени к  
Исследова  
как он знает  
значение.  
Данные а  
психогенно-тра  
конфликтную  
Во время п  
через определе  
двадцать слов  
пришедшим ем  
К низшим  
скому:  
1) междоме  
2) подража  
дение первых и  
3) эхоталич  
нальное слово.  
4) экстрасти  
ставляющие реа  
5) вопросит  
слово дается со  
«зачем?», и т. д  
6) «отказные  
ствие ответа, на  
7) персевери  
торяется на неск  
Остальные о  
ляют на индиви  
чаем ответ «Моск  
ответ «село», и а  
ответ «культура»  
Низшие рефл  
последующим тор  
сов торможения



## СЛОВЕСНЫЙ ЭКСПЕРИМЕНТ

Словесный эксперимент дает характеристику нейродинамических сдвигов, главным образом во второй сигнальной системе, а поэтому рекомендует-ся комбинировать его с другими методиками исследования высшей нервной деятельности, такими, которые дают возможность изучать корковые сигналь-ные системы в их взаимодействии.

А. Г. Иванов-Смоленский рассматривает слова-раздражители как условные сигналы, а ответные слова — как связанные с этими сигналами ре-чевые условные рефлексy, связавшиеся путем многократного повторения в прошлой жизни с этими сигналами.

Два показателя — величина скрытого (латентного) периода и особен-ности ответной словесной реакции — обращают на себя особенное внимание при нейродинамическом анализе данных, полученных в эксперименте. В клинике психических заболеваний эти два показателя обнаруживают свои характерные особенности.

При составлении слов-раздражителей (см. образец таблицы) в целях проведения ассоциативного или словесного эксперимента чаще всего в ос-новном берутся в качестве слов-раздражителей имена существительные. Ими рекомендуется пользоваться потому, что часть речи влияет до извест-ной степени как на характер ответа, так и на длительность скрытого периода.

Исследователь может среди этих слов помещать еще слова, которые, как он знает, например, из анамнеза, имеют для испытуемого особенное значение.

Данные анамнеза и клиническая симптоматика позволяют заключать о психогенно-травматическом содержании этих слов, отражающих какую-либо конфликтную для больного жизненную ситуацию.

Во время проведения эксперимента исследователь называет испытуемому через определенные промежутки времени — в среднем через 15 секунд — двадцать слов и просит его отвечать на каждое слово-раздражитель первым, пришедшим ему в голову словом.

К низшим или примитивным реакциям относятся по Иванову-Смолен-скому:

- 1) междометия, например, «гм», «ну», «ой», «ах» и т. д.;
- 2) подражательные (созвучные) речевые рефлексy, где имеется совпа-дение первых или последних слогов со словом-раздражителем.
- 3) эхололические речевые рефлексy, буквально воспроизводящие сиг-нальное слово.
- 4) экстрасигнальные, не имеющие связи со словом-раздражителем, пред-ставляющие реакции на какое-либо раздражение вне сигнала.
- 5) вопросительные речевые рефлексy — вместо ответа на сигнальное слово дается со стороны исследуемого вопрос, например: «кто?», «почему?», «зачем?», и т. д.
- 6) «отказные» речевые рефлексy, представляющие по существу отсут-ствие ответа, например: «не знаю», «ничего сказать» и т. д.;
- 7) персеверирующие речевые рефлексy, когда один и тот же ответ пов-торяется на несколько сигналов подряд.

Остальные ответы относятся к высшим речевым рефлексам. Их разде-ляют на индивидуально-конкретные, например, на слово «город» полу-чаем ответ «Москва», общеконкретные, например, на слово «город» получаем ответ «село», и абстрактно-речевые, например, на слово «город» получаем ответ «культура».

Низшие рефлексy часто идут с увеличенным латентным периодом и последующим торможением. Все это указывает на превалирование процес-сов торможения в центральной нервной системе.



Увеличение латентного периода реакции за счет экстрараздражителей (ориентировочная реакция) свидетельствует о резко выраженном внешнем торможении. Внутреннее (активное) торможение хорошо выражено, если после тормозного раздражителя, вызывающего удлинение латентного периода, последующее слово-раздражитель дает сокращенный латентный период. О плохом качестве внутреннего торможения говорит удлиненный латентный период, который сохраняется еще длительное время после тормозного раздражителя.

О преобладании в коре головного мозга возбуждательного процесса свидетельствует укорочение латентного периода, многословные ответы на слова-раздражители.

По характеру высших ответных словесных реакций можно составить себе представление о преобладании той или иной сигнальной системы.

Для исследования процессов абстрактного мышления и обобщения у психически больных по Е. А. Рушкевичу можно пользоваться следующими, предложенными им методиками:

1. Образование условных рефлексов на отношения пространственных величин фигур.

2. Исследование условных рефлексов на общие существенные признаки предметов (т. е. на признаки, которые отражаются в понятиях).

3. Исследование наличных временных связей, образованных на общие существенные признаки предметов в прошлом жизненном опыте испытуемого (т. е. тех временных связей, на которых основаны понятия).

4. Исследование обобщения по карточкам с отдельными словами.

5. Исследование соотношений между сигнальными системами.

6. Исследование обобщения отношений.

7. Исследование анализа пословиц с выделением общего переносного смысла.

1. С целью исследования образования условных рефлексов на отношения пространственных величин фигур (рис. 592) перед больным кладется пара вырезанных из фанеры плоских геометрических фигур, например, пара вырезанных из фанеры треугольников, из которых один больше другого. При этом дается словесная инструкция: «возьмите одну из фигур и положите в коробку» (тут же на столе стоит коробка). Выбор большей фигуры подкрепляется положительно, например, словом «так», «правильно». Неадекватный выбор фигуры подкрепляется отрицательно, например, словом «не так» или фразой «возьмите другую фигуру».

После эксперимента с треугольниками, т. е. когда больной положил в коробку большой треугольник, ему даются две новые фигуры, например, пара квадратов, из которых один больше другого. Если больной выбирает больший квадрат, то такой выбор подкрепляется положительно, т. е. экспериментатор говорит «так» или «правильно». Если же выбран меньший квадрат, то экспериментатор говорит: «не так, возьмите другую фигуру». Потом больному предлагают выбирать другие фигуры, например, кресты, полу-круги, овалы и др. в парах, причем все условия, касающиеся отношений между площадью фигур, их окраски, подкрепления выбора, остаются без изменений. Изменяются лишь положения фигур, например, большая фигура находится то справа, то слева.

В процессе эксперимента у больного должны образоваться положительная временная связь с признаком «большая» и ряд отрицательных временных связей с признаком «меньшая», особенностями формы, расположения и абсолютных величин фигур.

Когда временные связи образовались, ставят дополнительный эксперимент. Больному снова дается пара треугольников. Меньшей фигурой в этой паре является тот больший треугольник, который был адекватно выбран



в первом эксперименте, а большой фигурой является треугольник, который дается больному впервые. Если в дополнительном эксперименте больной выбирает не прежний, а новый треугольник, то это означает, что на «больше» у него действительно выработался прочный условный рефлекс и что этот рефлекс образовался не на один какой-нибудь постоянный раздражитель, а на постоянное отношение раздражителей, которые меняются.

В другом эксперименте исследуется возможность образования условного рефлекса на два признака фигур (рис. 593), например, на соединение признаков «граненая» и «черная» в поданных больному в парах стереометрических фигурах:

1. Пирамида четырехгранная черная — конус черный.
2. Куб черный — пирамида трехгранная, срезанная, желтая.
3. Пирамида трехгранная, черная — круг черный и т. д.

Таким образом, в эксперименте наблюдается процесс абстрагирования и обобщения одновременно двух признаков. Выбор первой фигуры, например граненой и черной, подкрепляется положительно, а выбор другой фигуры, например граненой, но не черной, или же черной, но неграненой, подкрепляется отрицательно.

В таких исследованиях у шизофреников обнаружено, что при наличии образования достаточно прочных положительных и отрицательных временных связей отсутствует возможность адекватного словесного отчета о том, чем они руководствовались при выборе тех или иных фигур.

Это явление указывает (по Е. А. Рушкевичу) на разъединение деятельности обеих сигнальных систем, а в тех случаях, когда временная связь не образуется, можно думать о недостаточности коркового анализа и синтеза.

2. Исследование условных рефлексов на общие существенные признаки предметов (т. е. на признаки, которые отражаются в «понятиях»).

В этом эксперименте больному дается пара за парой картинки с изображенными на них различными предметами (рис. 594). Из каждой пары картинок больной должен правильно выбирать те, какие относятся к одному определенному «понятию». Например, больному дается пара картинок — на одной изображено какое-либо животное, а на другой — что-нибудь другое. Выбор картинок с изображением животных экспериментатор подкрепляет положительно, а выбор картинок с изображениями другого характера — отрицательно. Для выполнения задачи необходимо, во-первых, чтобы у больного сохранились образованные в его прошлом жизненном опыте положительные временные связи с общими существенными признаками предметов и отрицательные временные связи с второстепенными признаками. Во-вторых, чтобы у больного сохранилась возможность образования новых временных связей.

При разрешении задачи у одних больных выявляется невозможность справиться с ее требованиями — временная связь не образуется; у других больных выбор совершается безошибочно, временная связь образуется, а словесный отчет, как это наблюдалось с фигурами, страдает. У некоторых больных образованная временная связь оказывается непрочной — под влиянием внутренних либо внешних раздражителей она исчезает.

3. Исследование наличных временных связей, образованных на общие существенные признаки предметов в прошлом жизненном опыте испытуемого (т. е. тех временных связей, на которых основаны понятия).

Это исследование производится таким образом: перед испытуемым раскладывают специальный набор картинок (рис. 595) из которых можно образовать группы, например «животные», «растения», «инструменты» и т. п. Дается такая инструкция: «разложите все эти картинки по группам таким образом, чтобы каждая группа имела что-либо общее».



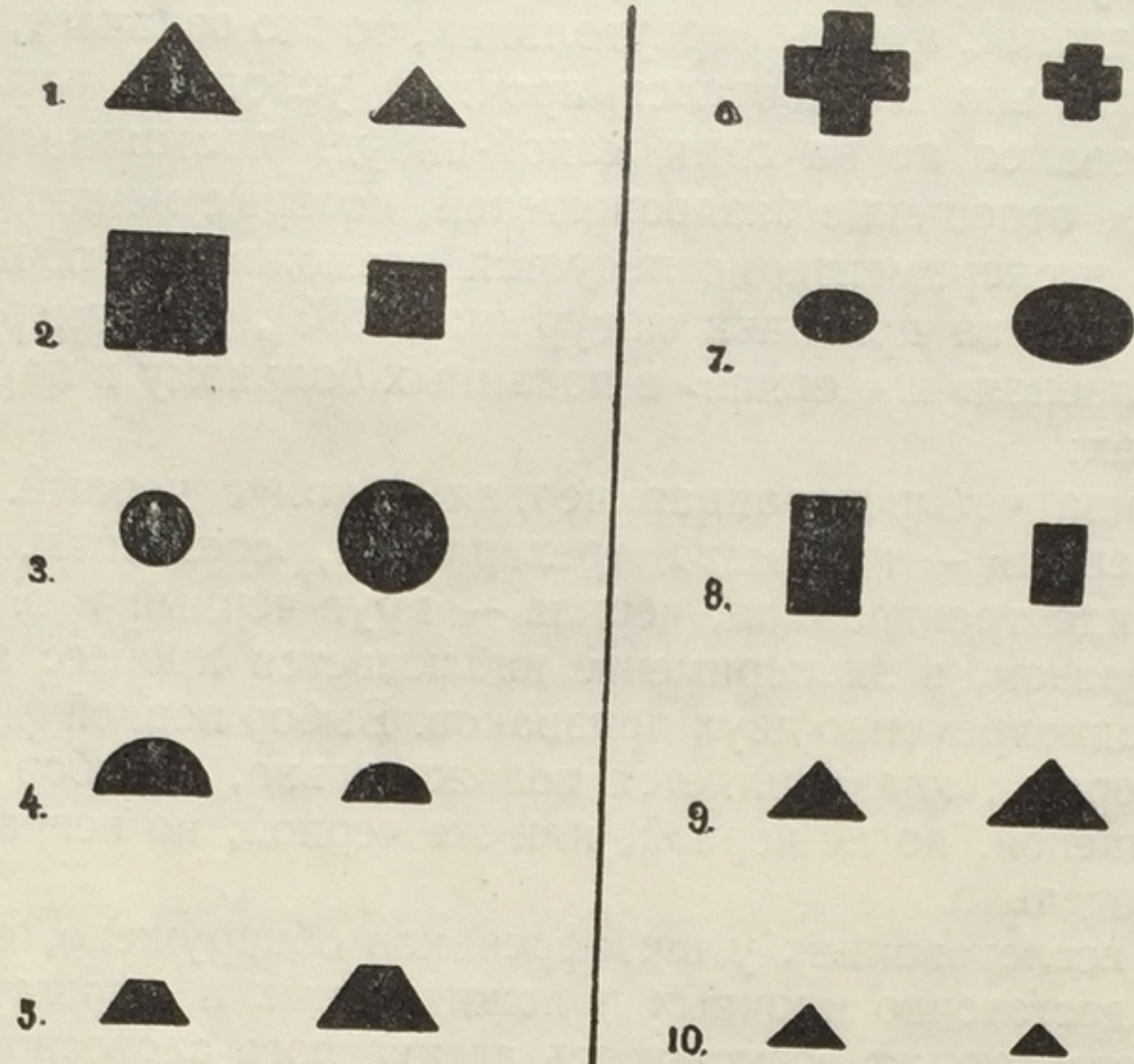


Рис. 592. Набор плоских фигур для исследования образования условных рефлексов на отношения пространственных величин фигур (Е. А. Рушкевич).

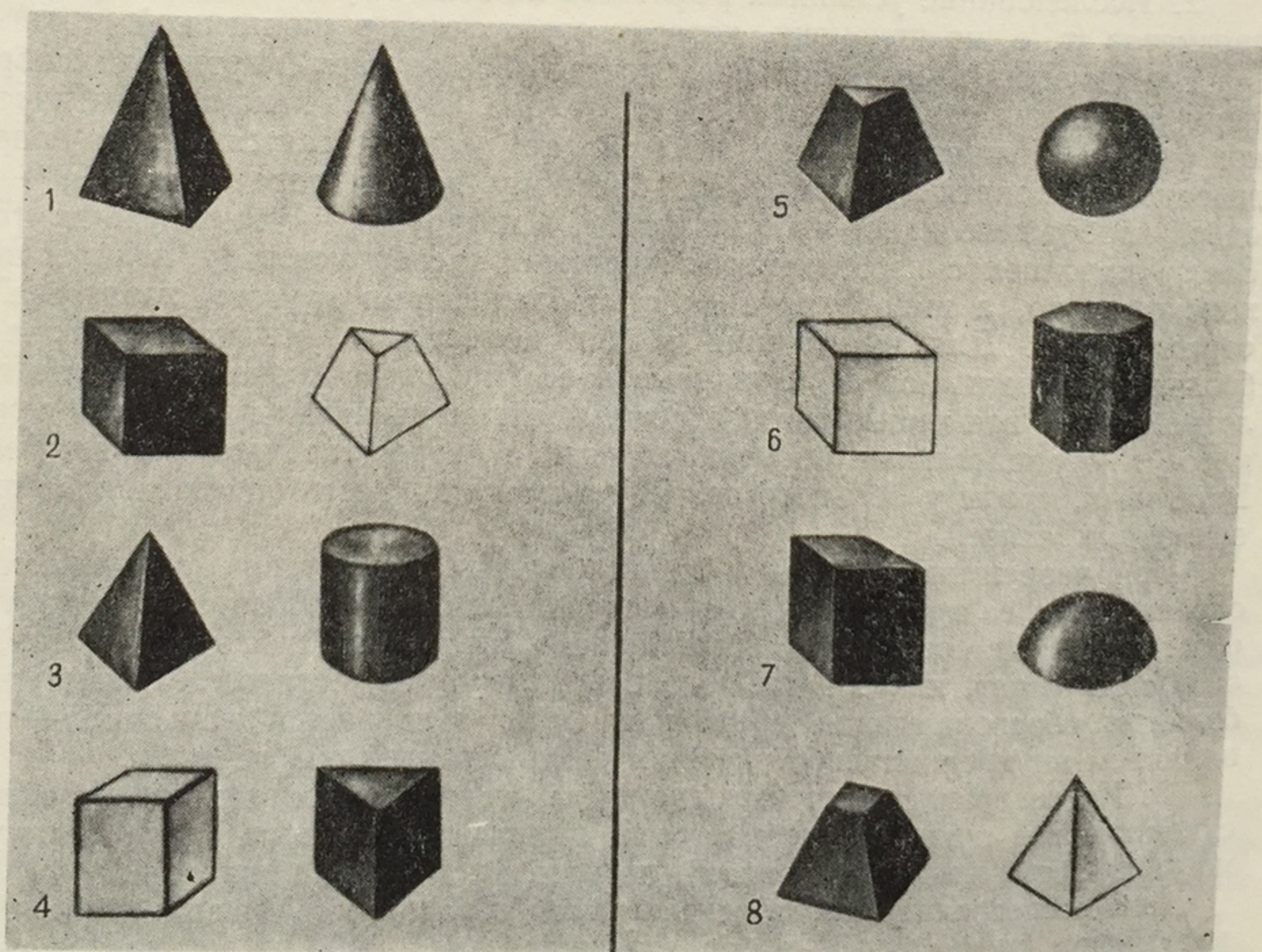


Рис. 593. Геометрические фигуры для исследования образования условного рефлекса на два признака фигур (Е. А. Рушкевич).

ние  
приз  
лежи  
опыте

В это  
предь  
второ  
голови  
выдел  
больно  
предме  
щение  
лям, с

В  
которы  
ются, к  
ляет с  
фазу.

5. с  
кого эк  
с напеч  
словами  
машини  
карточк  
каждой  
нальной  
таким о

Здес  
типа. Та  
близость  
динение с

Такой  
У психиче  
достаточно  
вания у п  
жении вто  
чались чер  
Третий

бессистемны  
ниями анал



При расстройстве у больного функции «образования понятий» разделение картинок на группы будет производиться не по общим существенным признакам предметов, а на различных иных основаниях. В основе этого лежит нарушение временных связей, образованных в прежнем жизненном опыте.

4. Исследование обобщения по карточкам с отдельными словами. В этом опыте все предметы на карточках обозначены словами, так что здесь предъявляются большие, чем в эксперименте с картинками, требования ко второй сигнальной системе. В связи с патологическими состояниями в коре головного мозга, гипноидными фазами у больного теряются возможности выделять существенные признаки в предметах. Если в этом эксперименте больной обобщает то по существенным, то по второстепенным признакам предметов, то это можно объяснить наличием уравнивающей фазы. Обобщение по второстепенным признакам, т. е. менее эффективным раздражителям, свидетельствует о парадоксальной фазе.

В случаях, когда обобщение производится на основании признаков, которые дают в здоровом состоянии тормозной эффект и обычно не замечаются, когда больной, как это видно из его словесного отчета, вовсе не выделяет существенных признаков, можно допустить ультрапарадоксальную фазу.

5. Соотношения между сигнальными системами исследуются путем такого эксперимента — больному попеременно предлагается девять картинок с напечатанным на каждой из них словом. Например, даются картинки со словами — шофер, пар, автомобиль, электричество, бензин, вагоновожатый, машинист, трамвай, поезд. От больного требуется, чтобы он распределил карточки на три группы по три карточки в каждой так, чтобы в словах каждой группы было что-либо общее. Люди с преобладанием второй сигнальной системы над первой могли бы объединить эти слова, например, таким образом:

шофер, вагоновожатый, машинист.  
автомобиль, поезд, трамвай.  
бензин, пар, электричество.

Здесь преобладает анализ, что более характерно для мыслительного типа. Там, где преобладает синтез, где мышление отражает фактическую близость предметов без глубокого их расчленения, наблюдается такое объединение слов:

шофер, автомобиль, бензин.  
вагоновожатый, трамвай, электричество.  
машинист, поезд, пар.

Такой вид группирования более характерен для художественного типа. У психически больных решение задачи по первому типу свидетельствует о достаточной сохранности второй сигнальной системы. Другой вид группирования у психически больных в некоторых случаях свидетельствует о поражении второй сигнальной системы (если до заболевания у больного отмечались черты мыслительного типа).

Третий вид группирования, например:

шофер, электричество, пар.  
бензин, машинист, трамвай.  
вагоновожатый, поезд, автомобиль —

бессистемный, он определяется у психически больных с тяжелыми нарушениями аналитико-синтетических функций коры головного мозга.





Рис. 594. Набор картинок для исследования условных рефлексов на общие существенные признаки предметов (Е. А. Рушкевич).

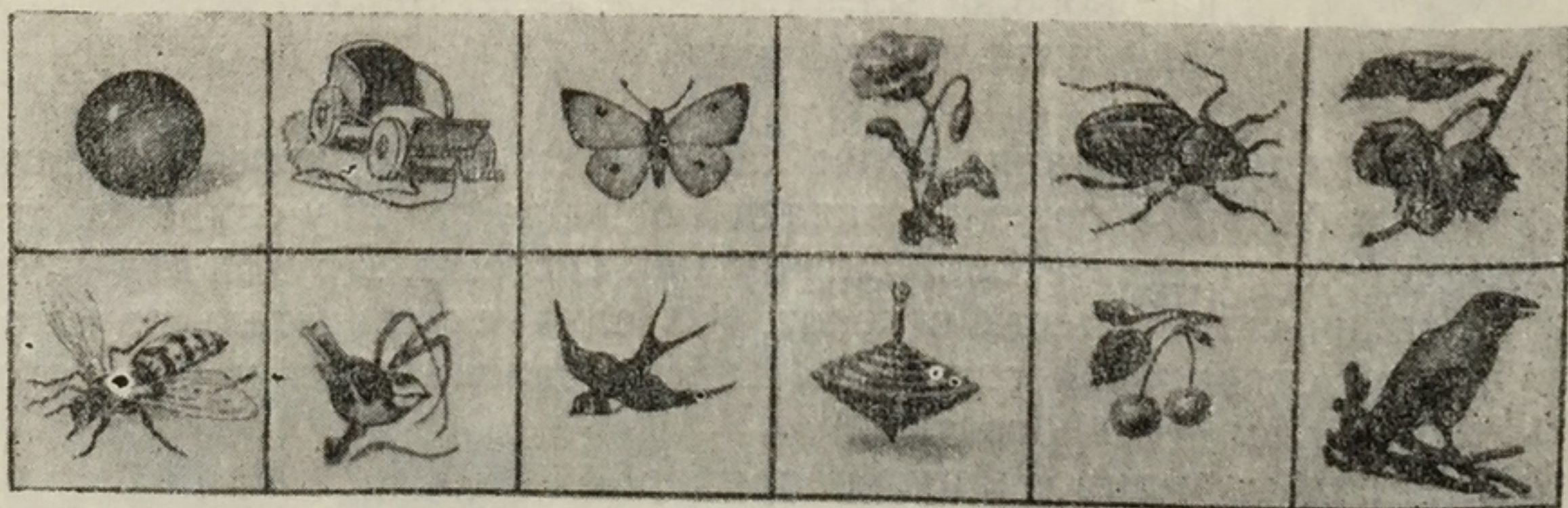


Рис. 595. Набор картинок для исследования наличия временных связей, образованных на общие существенные признаки предметов в прошлом жизненном опыте (Е. А. Рушкевич).

дав  
рас  
бесе  
отде

карт  
библ

к  
чата  
ное

общ

ному

ные

боль

«дело

ноше

ганиз

П  
систе

7

смыс

3

цами

они з

боль

П

и как

выраж



Автор эксперимента подчеркивает, что исследованию не следует придавать абсолютного значения, а только вспомогательное. Этот эксперимент расценивается им как дополнение к анамнезу, клиническому наблюдению, беседе. Для проведения эксперимента предлагаются наборы карточек с отдельными словами:

- 1) тарелка, нож, вилка, мясо, чашка, суп, кувшин, ложка, молоко.
- 2) медведь, гнездо, мышь, мед, берлога, воробей, хлеб, пшено, нора.
- 3) обоняние, глаз, слух, свет, ухо, зрение, нос, звук, запах.

6. Для исследования обобщения отношений больному предлагается карточка, на которой напечатано два слова в виде отношения, например, библиотека . Из ряда других карточек, на которых таким же образом напе-

чатаны другие слова, больному предлагается выбрать отношение, аналогичное данному. Разрешая задачу, больной должен руководствоваться как общим признаком — целое . К приведенному выше отношению боль-

ному предлагают: поле лист , дождь лес , море ветер . Многие боль-

ные часто производят выбор неправильно. Так, например, к отношению челн вода

больной подобрал отношение корабль мачта , а не сани снег , пояснив, что здесь

«дело касается воды». Другой больной к отношению палец рука подобрал от-

ношение ботинок нога , а не ветка дерево , пояснив, что это «имеет отношение к ор- ганизму человека».

При сохранности коркового анализа и ведущей роли второй сигнальной системы задание разрешается правильно.

7. Исследование анализа пословиц с выделением общего переносного смысла.

Здесь можно руководствоваться такими наиболее известными послови- цами (результаты эксперимента требуют осторожной оценки, потому что они зависят не только от болезненных изменений, но и от жизненного опыта больного до его заболевания).

Яблоко от яблони недалеко падает.  
Семь раз отмерь, один раз отрежь.  
Курице просо снится.  
Соловья баснями не кормят.  
Семь нянек, а дитя без глазу.  
Что посеешь, то и пожнешь.  
Куй железо, пока горячо.  
Не все то золото, что блестит.  
Мал золотник, да дорог.  
Как аукнется, так и откликнется.

При исследовании больному предлагают раскрыть значение пословицы и каких-нибудь метафор, например, спрашивают, какое значение имеют выражения «золотые руки», «глухая степь», «каменное сердце» и т. д.



Е. А. Рушкевич предлагает больному сгруппировать пословицы попарно, выбирая одинаковые по содержанию. Таким образом, и в этом эксперименте предлагается установить связь между объектами на основании общего существенного признака. Например, сгруппирование приведенных выше пословиц по парам должно быть таким:

что посеешь, то и пожнешь — как аукнется, так и откликнется.

Для решения задания больному дают карточки, на каждой из которых напечатана одна какая-либо из приведенных пословиц, и предлагают расположить их попарно.

Расстройство аналитико-синтетических функций коры головного мозга как в первой, так и во второй сигнальной системе, слабость основных нервных процессов, приводящая к снижению возможности образования новых положительных и отрицательных условных связей, отражается на разрешении заданий, предъявляющих требования к функциям абстрагирования и обобщения.

### ИССЛЕДОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ПАМЯТИ

Состояние памяти можно обнаружить уже во время собирания анамнестических сведений у больного. Врач при этом может ставить вопросы так, чтобы одновременно с получением данных анамнеза исследовать и память. Например, выясняется, в какой мере больной помнит детали своей биографии, детские годы, места работы, семейные отношения на определенных этапах его жизни. При врачебном исследовании имеют патогномическое значение грубые расстройства памяти.

Всегда следует выяснять, помнят ли больные обстоятельства своей жизни на протяжении последних месяцев, недель, дней, часов. При этом необходимо учитывать, что больные всегда менее уверены в запоминании событий последнего времени, нежели в событиях давнопрошедших.

Наличие ложных воспоминаний всегда свидетельствует о поражении памяти. При ускорении течения психических процессов, аффективном подъеме, умственном возбуждении могут образоваться не простые ложные воспоминания, а конфабуляции.

Для обнаружения конфабуляций следует повторять в процессе беседы одни и те же вопросы о событиях в прошлом больного — в таких случаях врач получает различные ответы на одни и те же вопросы. Иногда ответы эти не только не согласуются друг с другом, но и противоречат друг другу.

В случаях, если при подобном способе исследования не выявляют ложных воспоминаний, прибегают к другому способу, а именно пробуют предлагать больному внушающие вопросы. Так, например, спрашивая у больного, как давно мы с ним не виделись, мы тем самым вызываем у него неверное представление о том, что когда-то мы с ним виделись. Если на подобного рода вопрос мы получаем положительный ответ, то можем заключить, что у больного имеются обманы памяти и внушаемость различного происхождения.

Подобрать внушающие вопросы с целью исследования памяти нетрудно. Можно, например, спросить, шел ли он вчера с работы, когда мы его встретили на улице, или был в гостях? Вообще говоря, ставя таким образом вопросы, рекомендуется использовать самые простые, обычные, повседневные переживания больных.

Предлагается больному запомнить имя, отчество, фамилию врача или несколько цифр. После этого продолжается беседа, например, продолжают вопросы из анамнеза. После нескольких такого рода вопросов врач спрашивает у больного, как имя, отчество и фамилия лечащего врача. Если больной не помнит этого, то спрашивают — говорилось ли ему об этом. В других случаях рекомендуется предложить больному запомнить какое-либо, на-



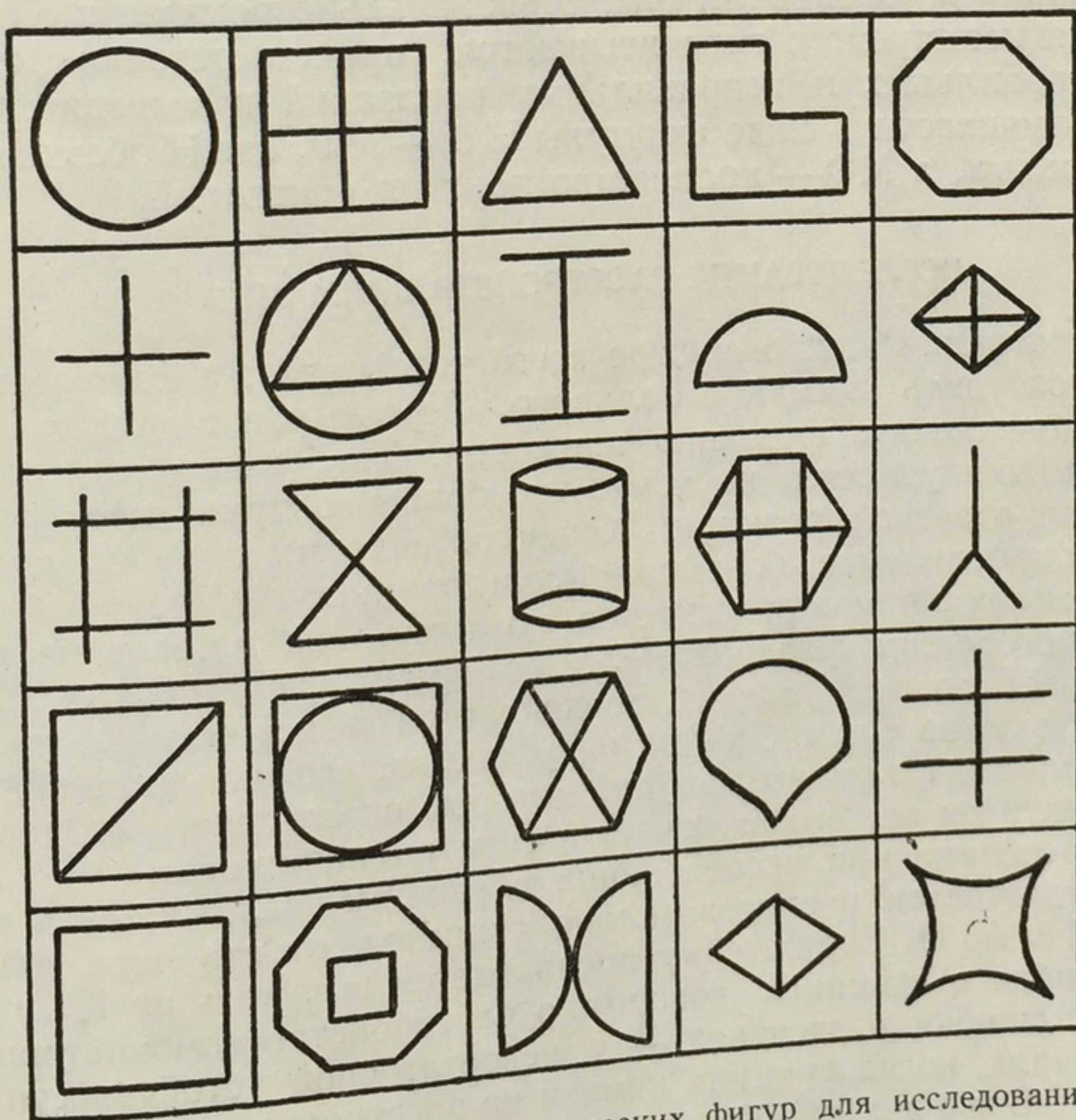
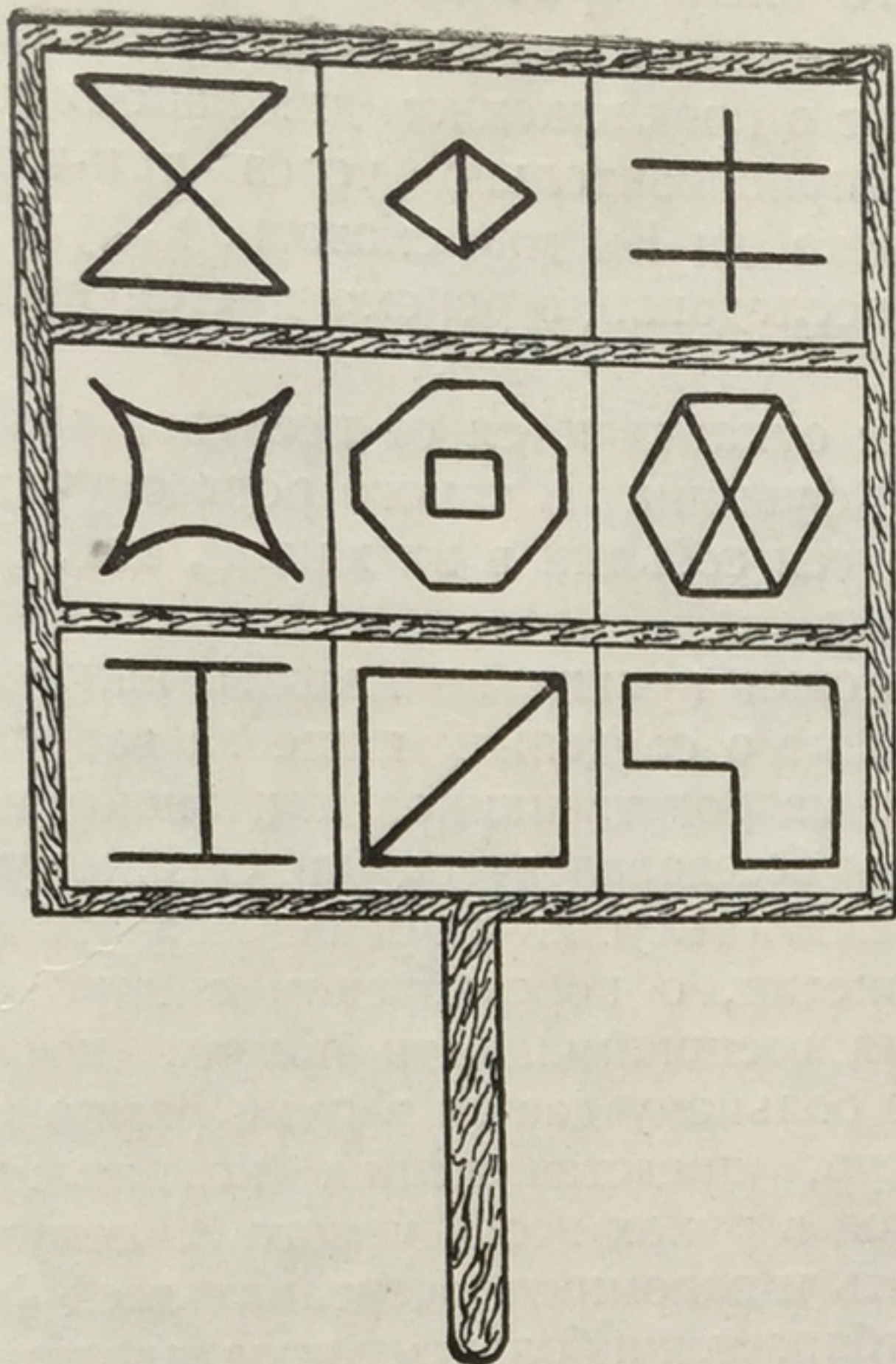


Рис. 596, 597. Набор геометрических фигур для исследования восприимчивости памяти (А. Н. Бернштейн).



пример, четырехзначное число после нескольких повторений этого числа. Затем после названного числа врач задает больному несколько вопросов, например, кто является его соседом по койке, есть ли у него дети и т. п. После этого спрашивают о предложенном для запоминания четырехзначном числе. Делается это приблизительно через три-четыре минуты. Врач спрашивает: «Не можете ли Вы мне сказать, какую я Вам назвал раньше цифру?». Такого рода исследование рекомендуется время от времени повторять.

Некоторые больные отказываются от исследований памяти, боясь выявить расстройство этой функции. В такого рода случаях больному предлагают вопросы, касающиеся событий в их жизни, дат, фамилий и имен близких родственников и т. д.

Если больной не может правильно назвать важнейшие даты из своей жизни, если он не помнит о съеденной пище за завтраком, не помнит, кто к нему вчера приходил из родственников или знакомых, кто его лечащий врач и о чем врач с ним беседовал вчера или сегодня утром, делают заключение о расстройстве памяти текущих и прошедших событий, об антероградной и ретроградной амнезии, о корсаковском синдроме.

Метод исследования восприимчивости памяти (по А. Н. Бернштейну) заключается в том, что больному дается в руки рамка (рис. 596), в которую вставлено девять фигур, представляющих комбинации геометрических форм. Рамка оставляется в руках исследуемого 30 секунд. Ему предлагают внимательно рассмотреть и запомнить очертания всех фигур, находящихся в рамке. Затем рамка отбирается и больному предлагается таблица (рис. 597), на которой, кроме 9 фигур, виденных больным в рамке, изображено еще 16 других фигур, отчасти сходных с первыми. На этой таблице больному предлагается отыскать и указать фигуры, первоначально показанные ему в рамке. Показания испытуемого подсчитываются, причем отдельно отмечается количество правильных и неправильных показаний и выводится коэффициент восприимчивости в виде формулы  $N/9 + МФ$ , где  $N$  обозначает количество правильных, а  $МФ$  — количество ложных показаний.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ВНИМАНИЯ

При исследовании важно прежде всего установить, в какой мере легко или трудно возбудить внимание больного. Первые реакции больного дают возможность определить функцию внимания. Так, например, понижение функции внимания узнается по тому, что больного приходится побуждать для получения ответной реакции. Конечно, в таких случаях приходится исключить сопротивление больного исследованию.

Отвлекаемость внимания узнается по тому, как влияют на больного различные посторонние раздражители во время исследования, беседы с врачом. Больной за всем следит, вмешивается в посторонние разговоры, связывает свои слова с теми, какие он услышал, его внимание привлекают вещи, находящиеся в комнате, звуки, которые он слышит, картины, какие висят на стене, и он все это включает в свои высказывания.

Метод Крепелина при исследовании внимания заключается в том, что больному предлагается последовательно отнимать от ста или 200 какую-либо цифру. По А. Н. Бернштейну предлагается вычитать по 7, 13 или 17. При этом ошибки в единицах говорят о расстройстве комбинаторной деятельности, а ошибки в десятках — о недостаточной устойчивости внимания в тех случаях, когда функция памяти не расстроена.

Метод Бурдона: больному предлагается вычеркивать какую-либо букву в печатном наборе букв, и через 5 минут работы подсчитывают количество пропущенных и количество неправильно вычеркнутых букв.



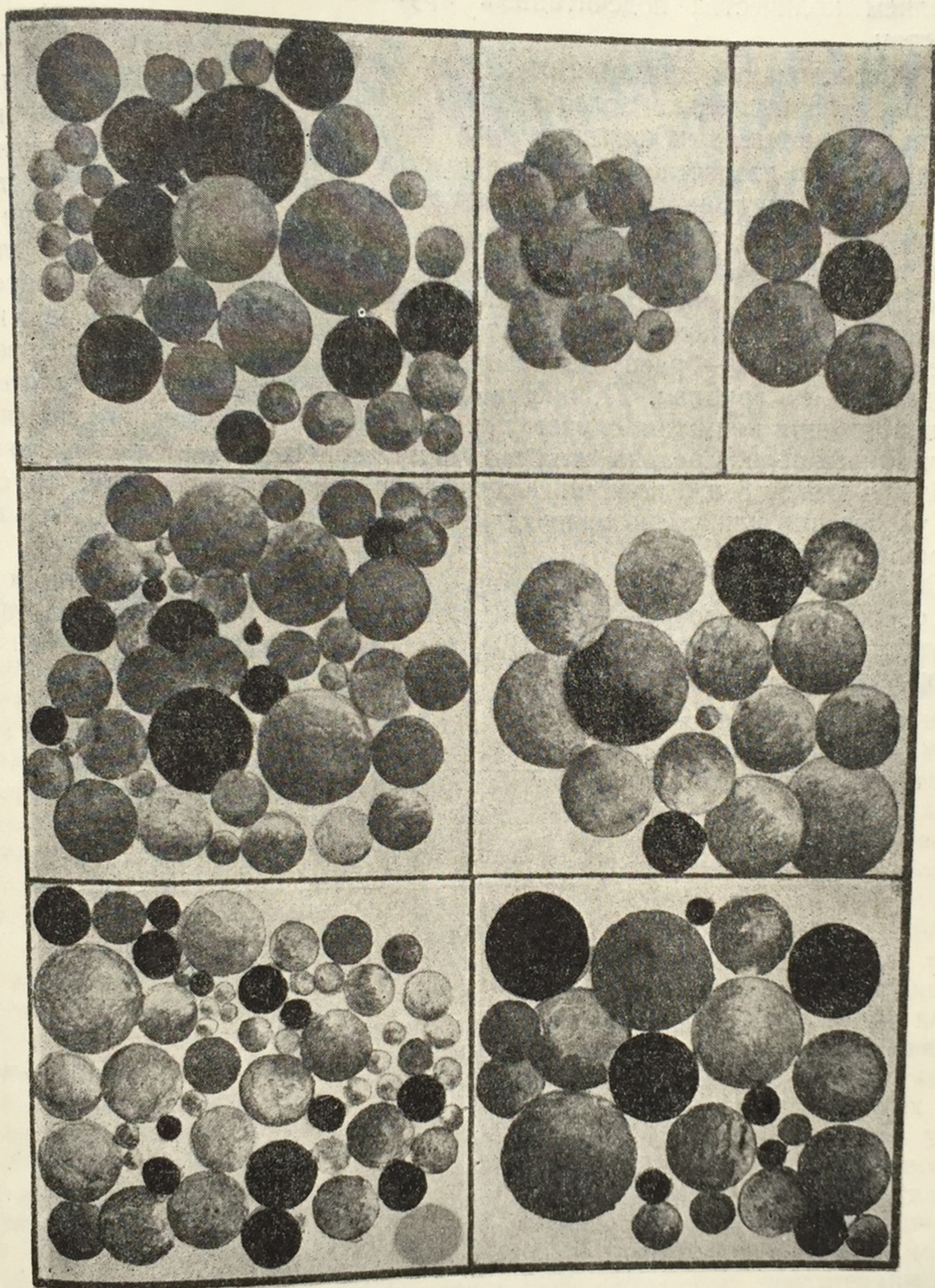


Рис. 598. Таблица шариков для исследования внимания (А. Н. Бернштейн).



**Метод Рыбакова:** больному предлагается сосчитать кружочки, изображенные в пяти секторах круга. Считать следует без помощи рук шариками, изображенными в каждом секторе. Способность внимания выражается отношением количества подсчитанных кружочков к их действительному количеству.

При исследовании внимания по методу А. Н. Бернштейна предлагается разделенная на несколько полей таблица с изображением в каждом поле скученных разноцветных шариков (рис. 598). Количество их постепенно, но неравномерно возрастает в каждом поле: в первом поле их изображено 5, во втором — 10, в третьем — 16, в четвертом — 23, в пятом — 35 и т. д. Больному предлагают сосчитать шарики без помощи рук, определив их количество в каждом из полей, начиная с первого. Если больной считает громко и водит издали пальцем в направлении таблицы, то можно определить, какую группу, какое поле привлекает его внимание для подсчета изображенных шариков — распределяет ли он их по размерам либо по цвету, по рядам или по группам. Количественной оценкой способности длительного напряжения внимания служит порядковый номер последнего правильно соченного поля. Средняя сила внимания здорового взрослого человека колеблется между 5 и 6 полями. Исследуется и количество ошибок в сторону увеличения или уменьшения объектов подсчета, и величина (большая или малая) ошибок.

Объем внимания можно исследовать кратковременным показом больному однообразных изображений, например, цифр, букв, не связанных друг с другом по содержанию задачи. В норме обычно охватывается вниманием одновременно 4—5 объектов.



ом боль-  
ных друг  
иманием

Психотерапия — лечение психическими методами воздействия: внушением, гипнозом, убеждением и т. д. В любой врачебной специальности, помимо применения специальных методов психотерапии, большое значение при исследовании и лечении больного имеет создание психотерапевтического, эмоционально-положительного контакта с больным — «психотерапевтической обстановки» у постели больного: чутко-внимательное его выслушивание, любовное, бережное отношение к больному, жизненно-медицинский совет в разрешении затруднительных для больного вопросов. Искусство психотерапевтического, терпеливо-вдумчивого и тактичного выслушивания рассказа больного, овладение техникой психотерапевтической беседы с больным имеет целебное значение и терапевтический резонанс в любой врачебной специальности, особенно в психиатрии, где рассказ больного, умело направляемый врачом, может служить видом «изживания» некоторых психогенных симптомов, освобождения больного от тревожащих его переживаний. Лечение внушением (суггестией) может применяться как в форме косвенного и прямого внушения в бодрствующем состоянии, так и в внушении в состоянии гипнотического сна. Косвенное внушение предполагает сочетание ряда лекарственных, физиотерапевтических и других лечебных мероприятий с психическим воздействием на больного в целях создания у него положительного эмоционального отношения к лечению и уверенности в улучшении. Прямое внушение в бодрствующем состоянии осуществляется в форме объяснения или приказа в сочетании с психотерапевтическим воздействием личности врача и всей окружающей лечебной обстановки. Внушенный сон — вид психотерапии, ис-

Гипноз — искусственный, внушенный сон — вид психотерапии, искусственно, с лечебной целью, вызываемое сноподобное состояние, частный вид внушения. Школа Шарко различала в гипнозе три фазы: а) каталептическую, б) летаргическую, в) сомнамбулическую. Форель разделял: а) сонливость, когда субъект может еще преодолеть наступающий сон; б) гипотаксию, состояние, когда гипнотизируемый слышит все обращения к нему, но не может ничем реагировать, состояние, не сопровождающееся амнезией; в) глубокий сон, или сомнамбулизм, сопровождающийся амнезией. Взаимоотношения, контакт между гипнотизируемым и гипнотизирующим, называются «раппортом». Основным методом гипнотизирования



ния является словесное внушение, иногда подкрепляемое дополнительным воздействием. Внушение в состоянии гипноза предполагает предварительное погружение больного в особое сноподобное состояние с последующим словесным внушением. Явление гипноза известно давно. Вслед за учениями средневековья, связыванием явлений гипноза с силой магнита, вслед за учением Антона Месмера (1734—1815) (рис. 52—53) о «животном магнетизме», «флюидах» появляются первые попытки объяснить наступление гипнотического состояния внушением (Пюи Сегур, открывший глубокое сноподобное состояние — сомнамбулизм; Фариа (1814), впервые пользовавшийся для усыпления прямым словесным внушением). Манчестерский хирург Джеймс Брэд (1843) ввел термин «гипноз» и впервые применил этот метод для обезболивания, для безболезненного проведения некоторых хирургических операций. Дальнейшее изучение явлений и сущности гипноза связано с работами Льебо, Бернгейма (1887), Шарко (1876) (рис. 324, 325). По учению Льебо-Бернгейма (Нансийская школа), гипноз не связан с каким-либо болезненным предрасположением, может быть получен у большинства здоровых людей и возникает благодаря механизму внушения. «Нет гипноза, существует только внушение» (Бернгейм). В противоположность этому взгляду Шарко рассматривал гипноз как явление патологическое, как искусственно вызванную истерию у лица предрасположенного. Учение И. П. Павлова, давшее возможность применить к изучению гипноза методы физиологии, рассматривает гипнотическое состояние как искусственно вызванный, частичный сон (торможение), особый вид торможения мозговой коры. Сохраняющийся в гипнотическом состоянии контакт с врачом рассматривается как существующий на фоне общего сонного торможения очаг частичного бодрствования. В состоянии гипноза, достигающего различных степеней интенсивности (сонливость, легкий сон, глубокий сон — сомнамбулизм, стадии гипнотического сна по Форелю), наблюдается ряд изменений двигательных, чувствительных, психосензорных функций, ряд изменений со стороны вегетативной нервной системы: может возникать мышечная гибкость мышц, расслабление их, понижение чувствительности и т. д. Значительное повышение внушаемости влечет за собой повышенную податливость к выполнению различных внушений как во время гипнотического состояния, так и после него (так называемые постгипнотические внушения, осуществляемые больным после пробуждения). Заслуживает внимания возникающее в состоянии гипноза гипермнезия (усиление воспоминаний) при соответствующем внушении. Погружение в гипнотическое состояние производится сочетанием монотонного раздражения (фиксирование взора больного на каком-либо блестящем предмете — так называемая фиксация, монотонные удары метронома, голос врача и т. п.) со словесными внушениями, наступающим ощущением вялости, расслаблением мышц, покоем, дремотой, а затем и сном. Применяется и постепенное усыпление в несколько приемов (фракционный способ О. Фогта) или сочетание с небольшими дозами сноподобных (так называемый наркогипноз). Лечебные словесные внушения должны облекаться в простую, ясную и доступную для больного форму. Противопоказано применение гипноза при психических заболеваниях с возможностью бредовой интерпретации явлений гипноза, при склонности к возникновению состояний расстройств сознания, при резком страхе больного перед гипнозом и при создавшемся привыкании к нему — «жажда гипноза». Лечение гипнозом может применяться для быстрого устранения тяжелых симптомов (например, истерической анорексии, при неукротимых рвотах, афонии, параличах и т. д.); при лечении ряда психогенных симптомов и психогенно-функциональных наслоений на соматические заболевания, при эмоциональном и физическом истощении (сон — отдых), при лечении ряда патологических влечений и привычек как алкоголизм, наркомания и

т. д.  
може  
обезб  
J  
друг  
ной  
об ул  
завис  
Самов  
ного  
предс  
страх  
М  
буа)  
его бо  
привл  
к пер  
указы  
господ  
рассуд  
Ра  
рошим  
врача  
некто  
не тол  
при со  
витии,  
заболе  
при ш



т. д.). Вызываемая путем внушения в гипнотическом состоянии анальгезия может служить основой для применения гипноза в акушерстве в целях обезболивания родов и в хирургии для совершения несложных операций.

Лечение внушением и гипнозом может применяться и в сочетании с другими видами психотерапии. Метод самовнушения в форме, предложенной Куэ (сознательное, систематическое повторение определенных формул об улучшении здоровья), применяемый вне врачебного исследования и вне зависимости от заболевания, является ненаучным и грубо механическим. Самовнушение может применяться по врачебному указанию в форме активного вызывания больным в своем сознании ярко эмоционально окрашенных представлений о преодолении ряда болезненных привычек, неуверенности, страха и т. д.

Метод убеждения (так называемая рациональная психотерапия по Дюбуа) предполагает разъяснение, объяснение врачом больному в ряде бесед его болезненных состояний, расширяет в процессе бесед кругозор больного, привлекая его собственную активность, вызывая критическое отношение к переживаемому болезненному состоянию для устранения болезни. Как указывает Дюбуа, «целью лечения должно быть — доставить больному господство над собой; средство для этого — воспитание воли или точнее — рассудка».

Рациональная психотерапия — лечение убеждением в сочетании с хорошим психотерапевтическим контактом, с психотерапевтической помощью врача — является мощным психотерапевтическим фактором в разрешении некоторых трудных для больного вопросов. Психотерапия применяется не только при психогенных заболеваниях, психогенных напластованиях, при соматических органических заболеваниях, при ипохондрическом развитии, ятрогенных заболеваниях, но и при прогрессивных психотических заболеваниях, являясь одним из видов патопластической терапии (например, при шизофрении).



## ГИПНОЗ



Рис. 599. Гипнотический сон.



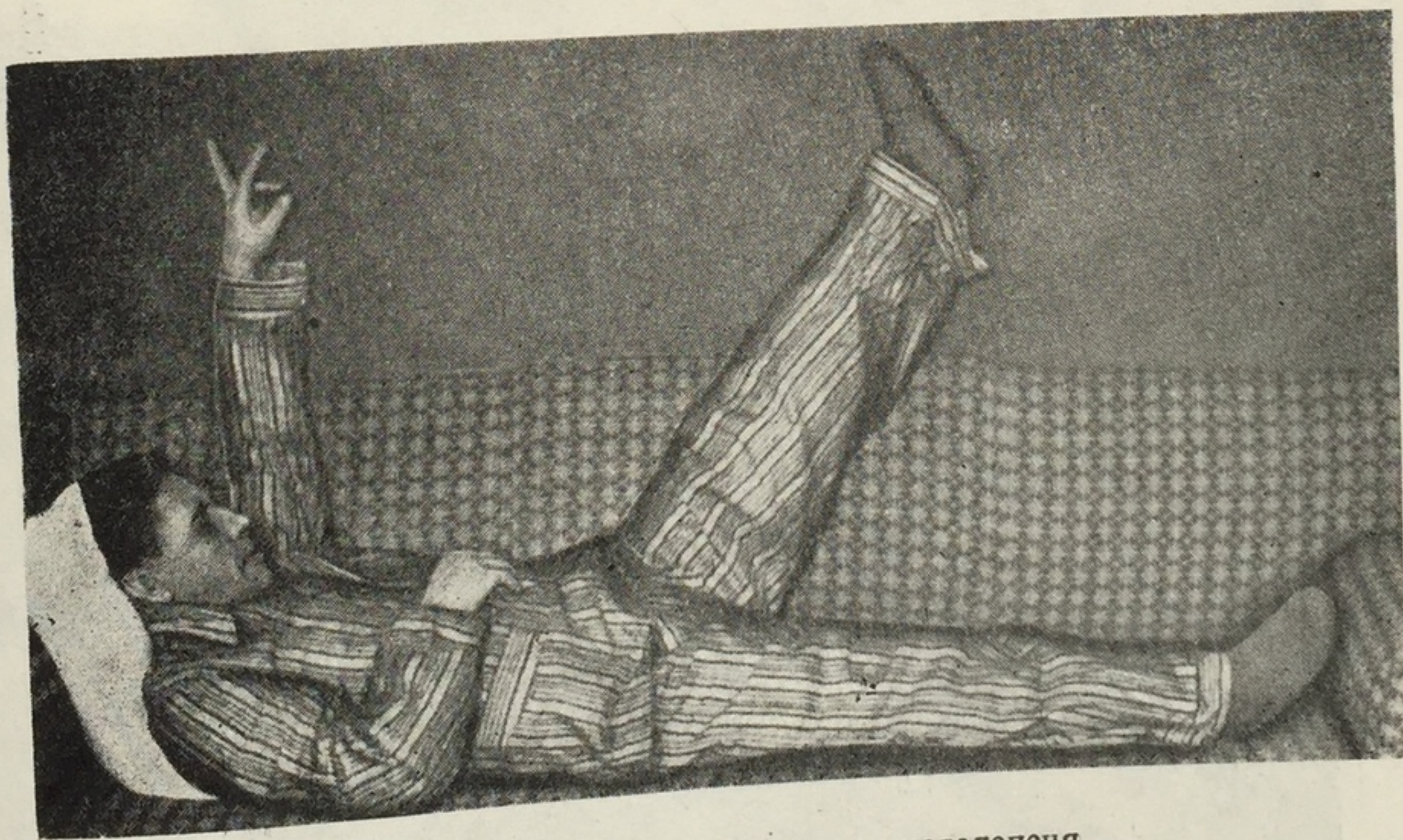
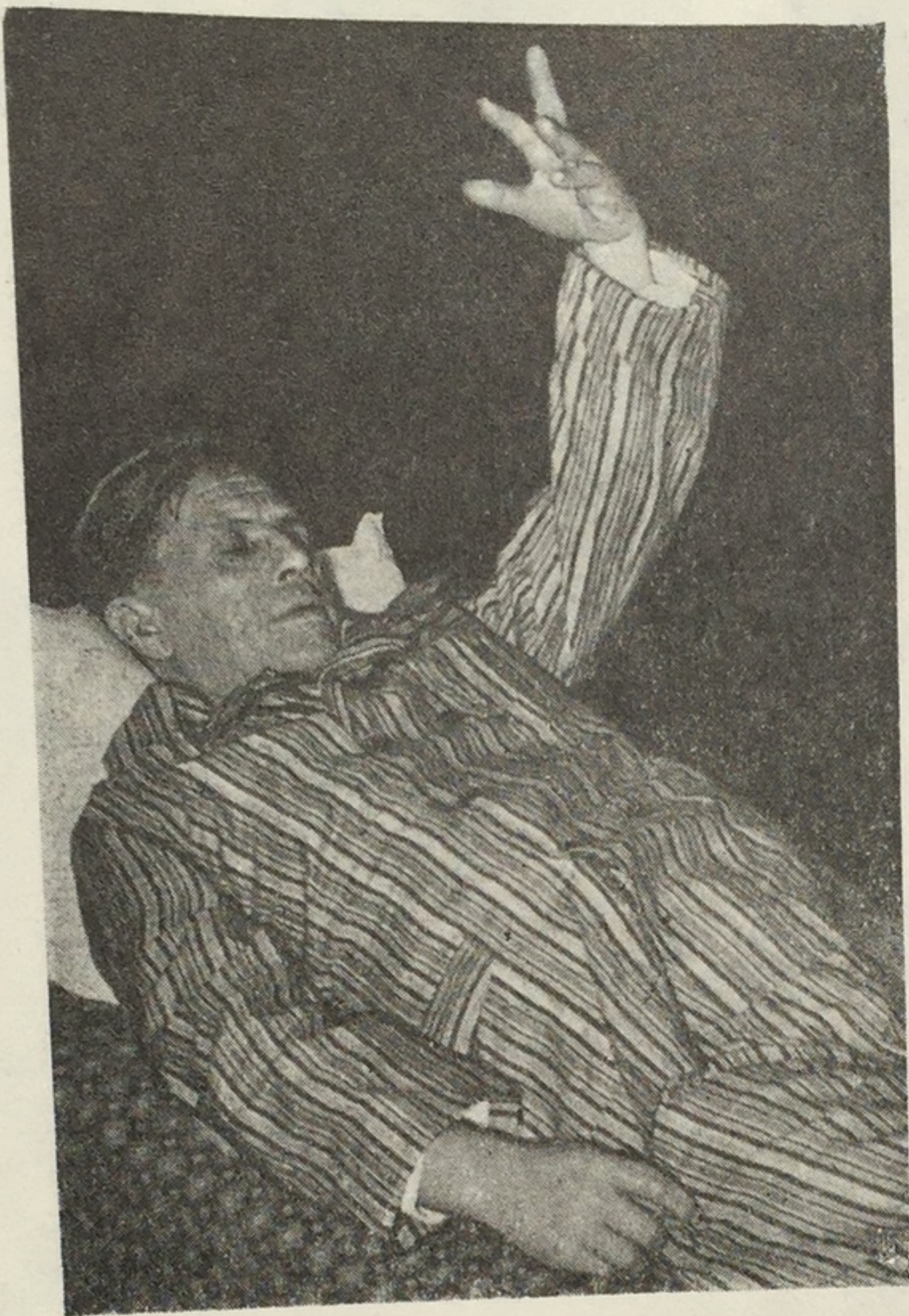


Рис. 600—601. Гипнотическая каталепсия.



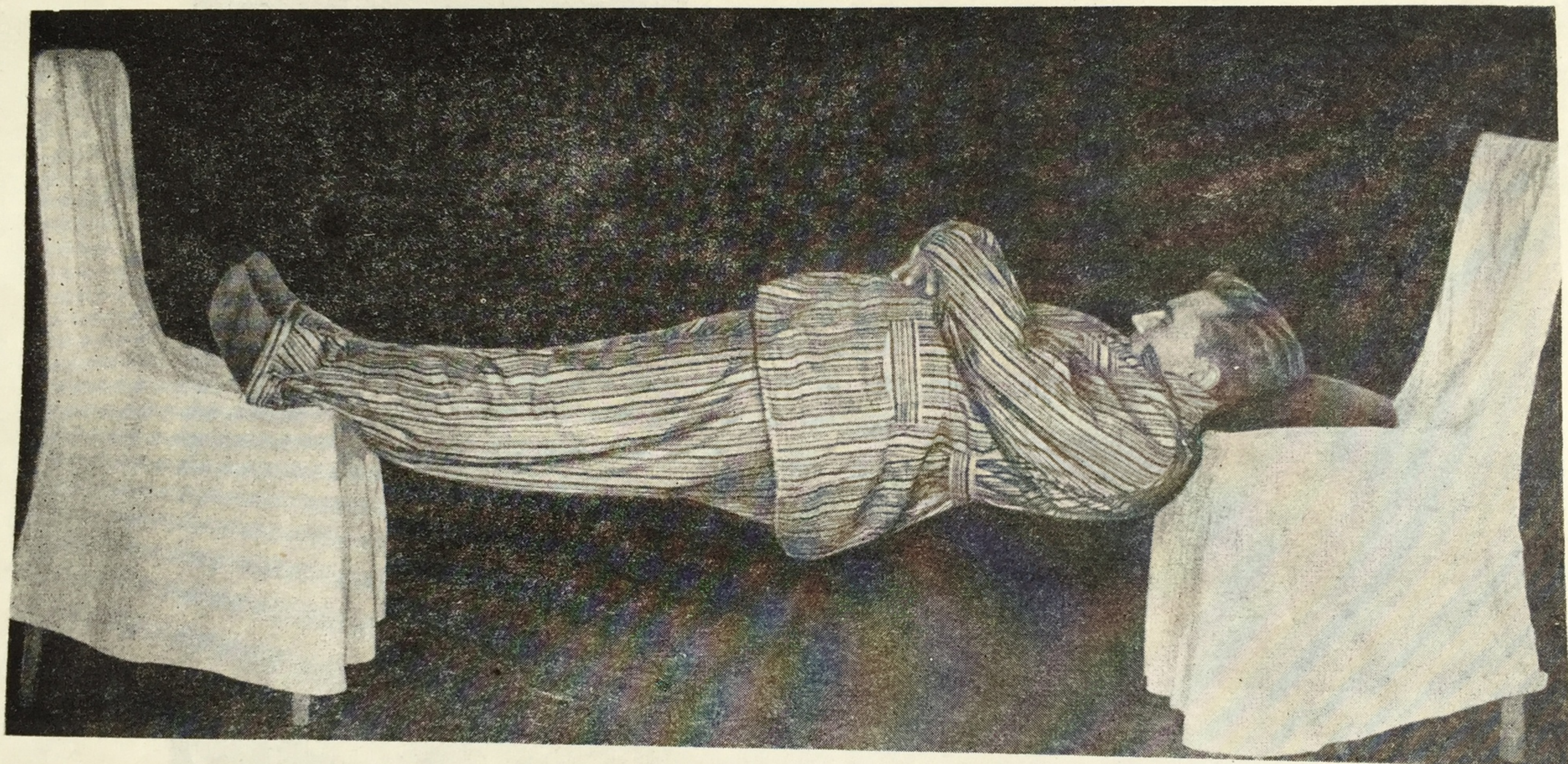


Рис. 602. Гипнотическое оцепенение.





Рис. 603. Внушенные (в гипнотическом сне) устрашающие зрительные галлюцинации (движение крыс к больному).



Рис. 604. Внушенные (в гипнотическом сне) приятные галлюцинации (вид на спокойное море в ясный солнечный день).



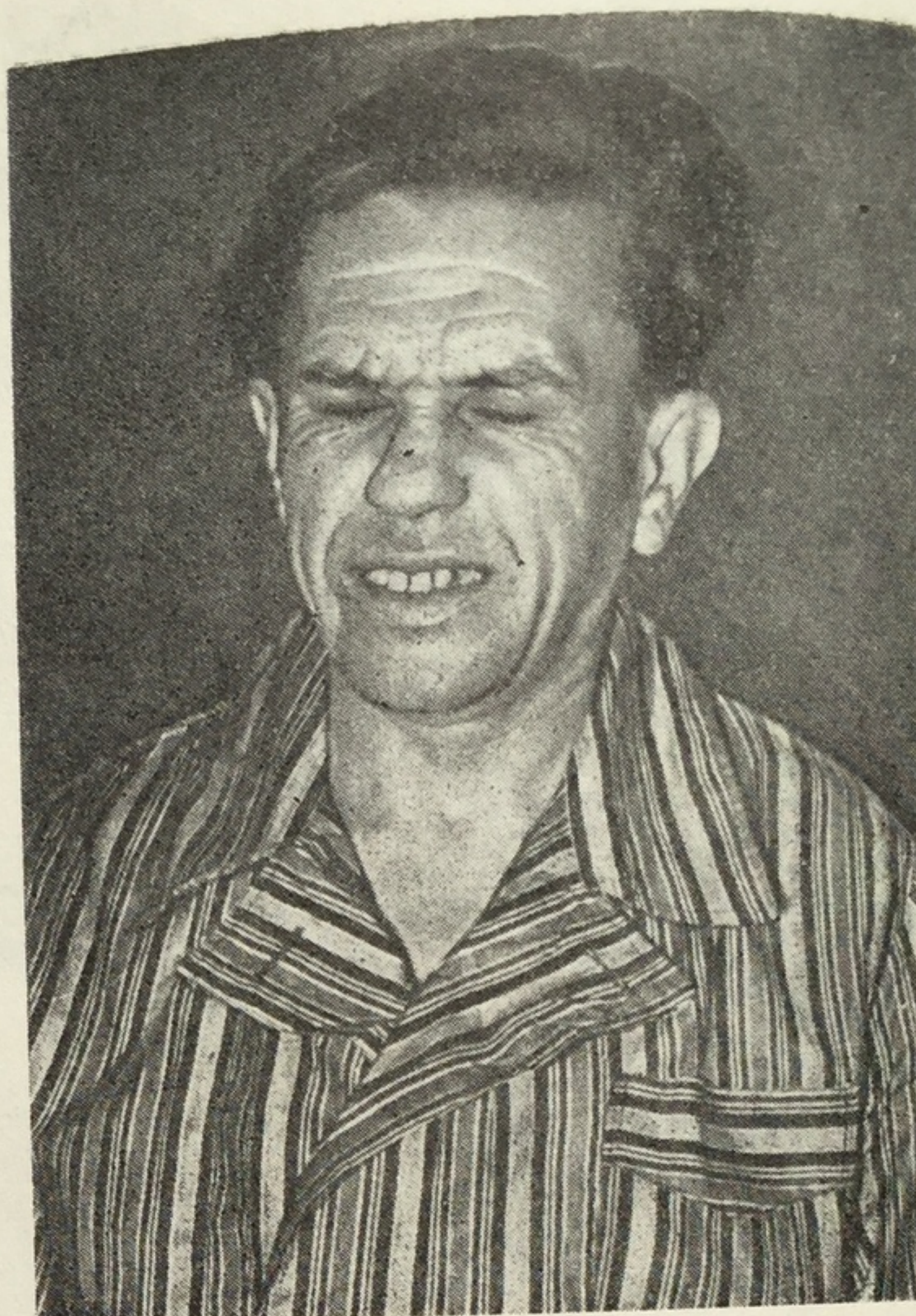
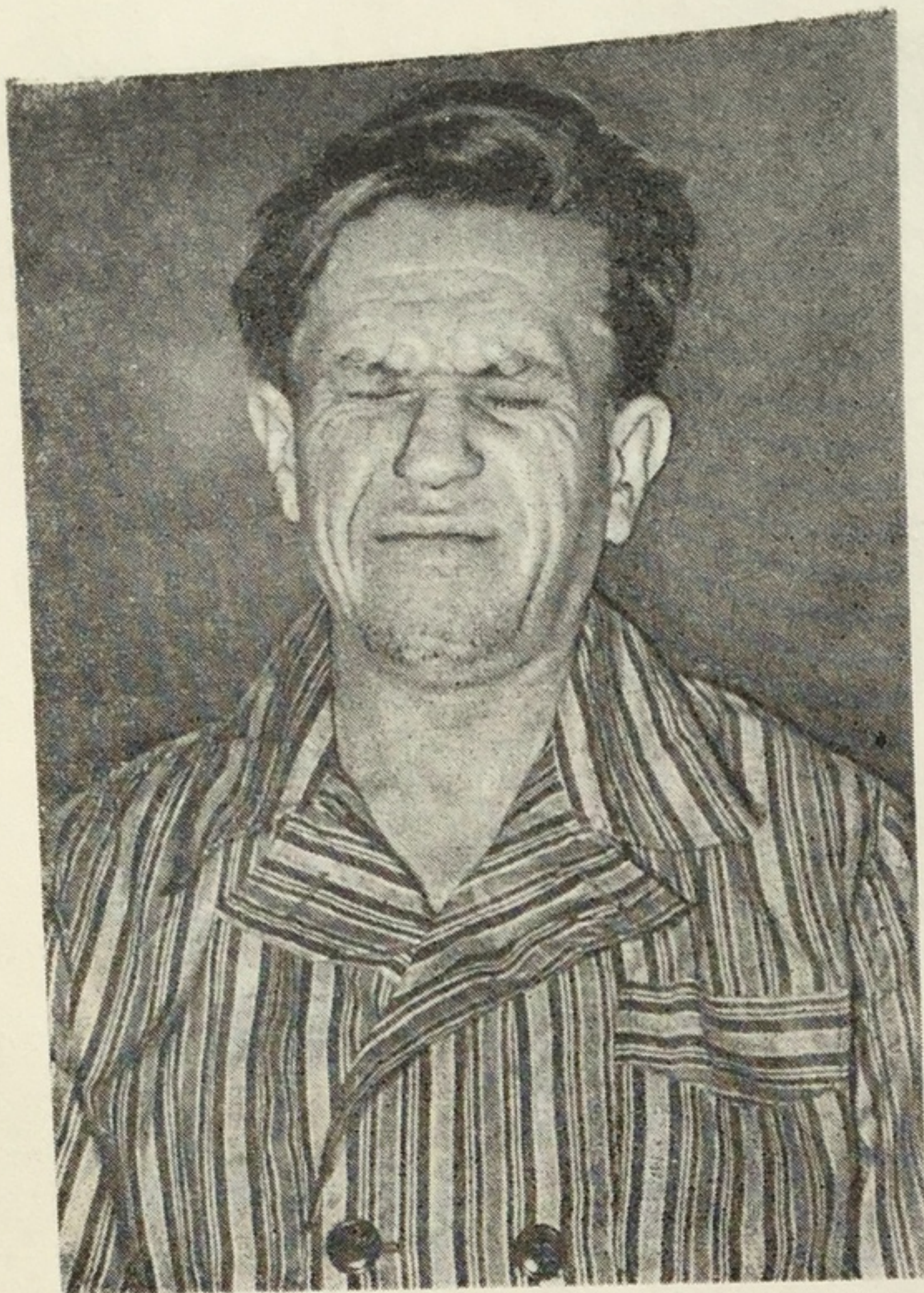


Рис. 605—606. Внушенные (в гипнотическом сне) неприятные запахи (запах падали).

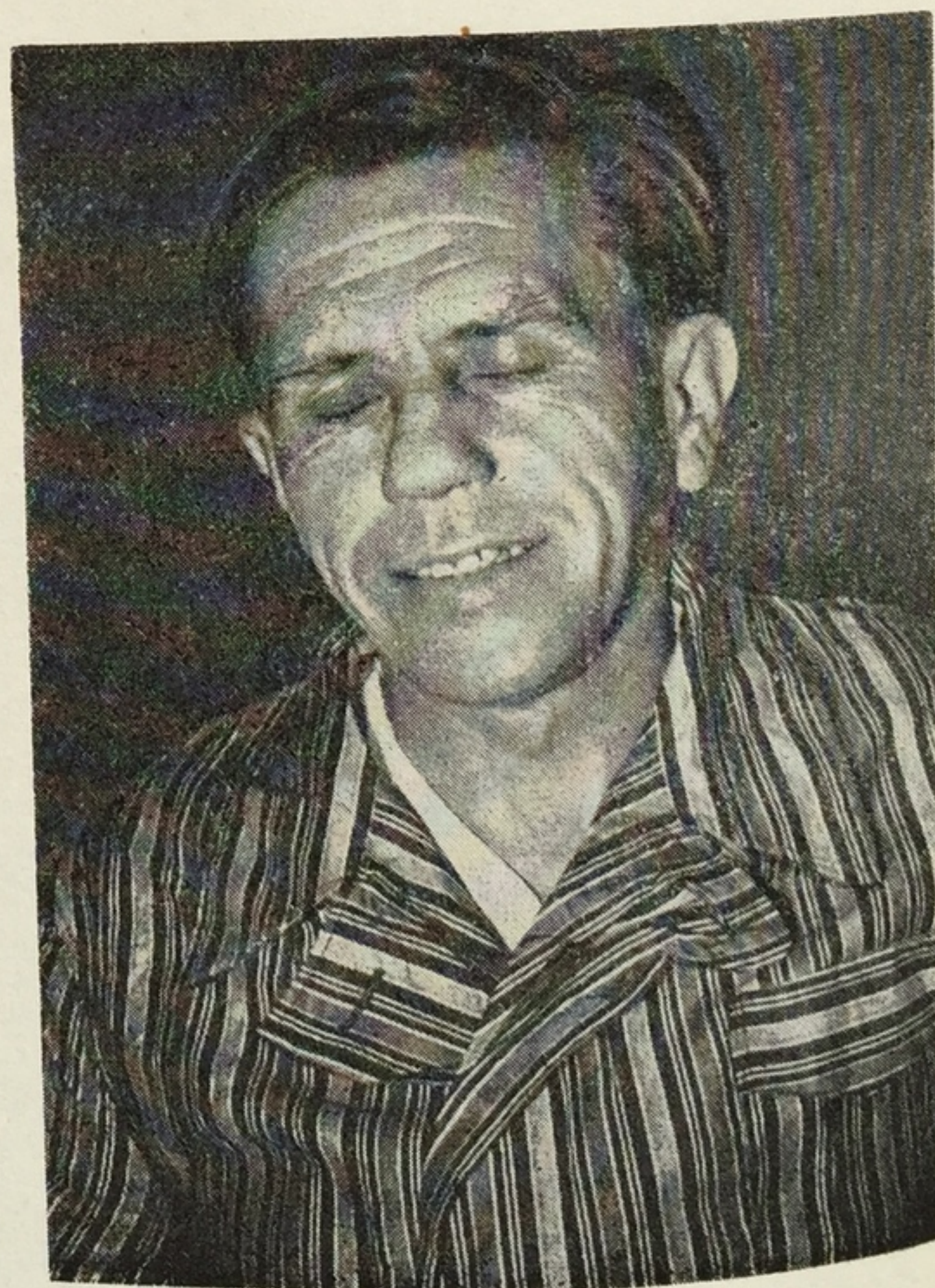


Рис. 607—608 Внушенные (в гипнотическом сне) приятные запахи (запах розы).





Рис. 609. Внушенное действие в гипнотическом сне. Больной, вытягивающий изо рта и наматывающий на руку «нить».

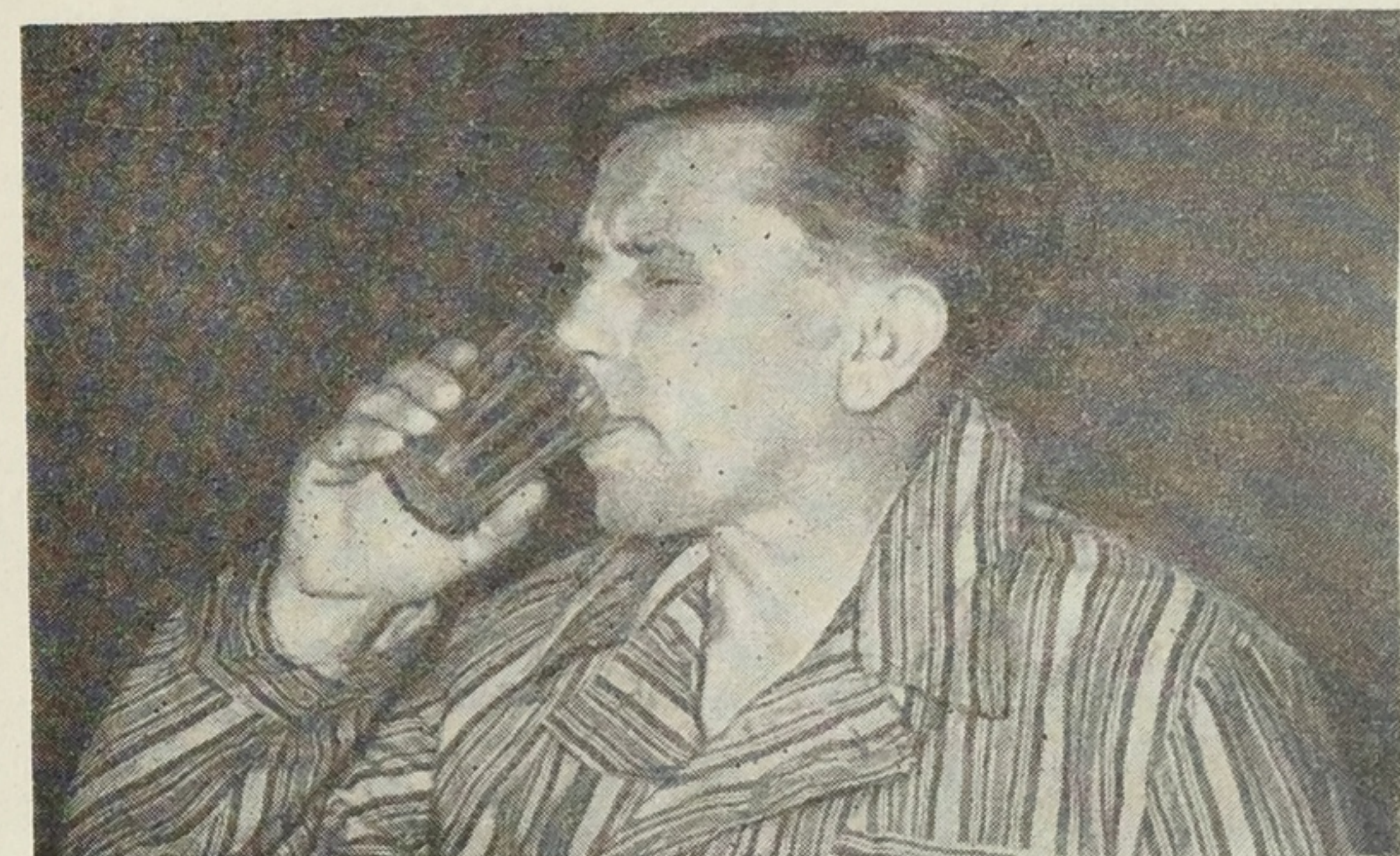


Рис. 610, 611. Внушенное действие в гипнотическом сне. Больной, пьющий из пустого стакана.





Рис. 612. Внушенная (в гипнотическом сне) рвота.



Рис. 613. Гипнотический сон. Анальгезия.



## ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ

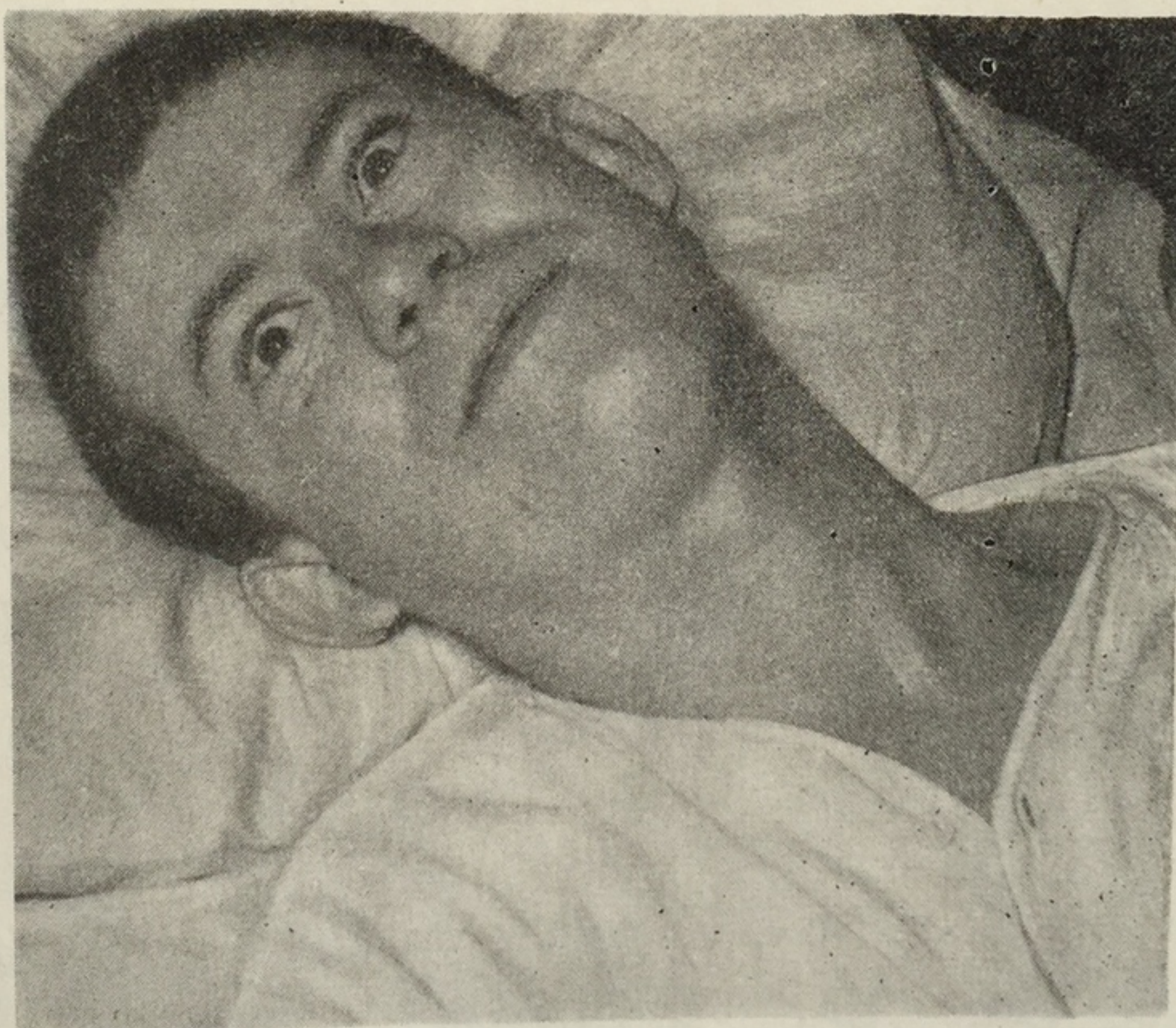
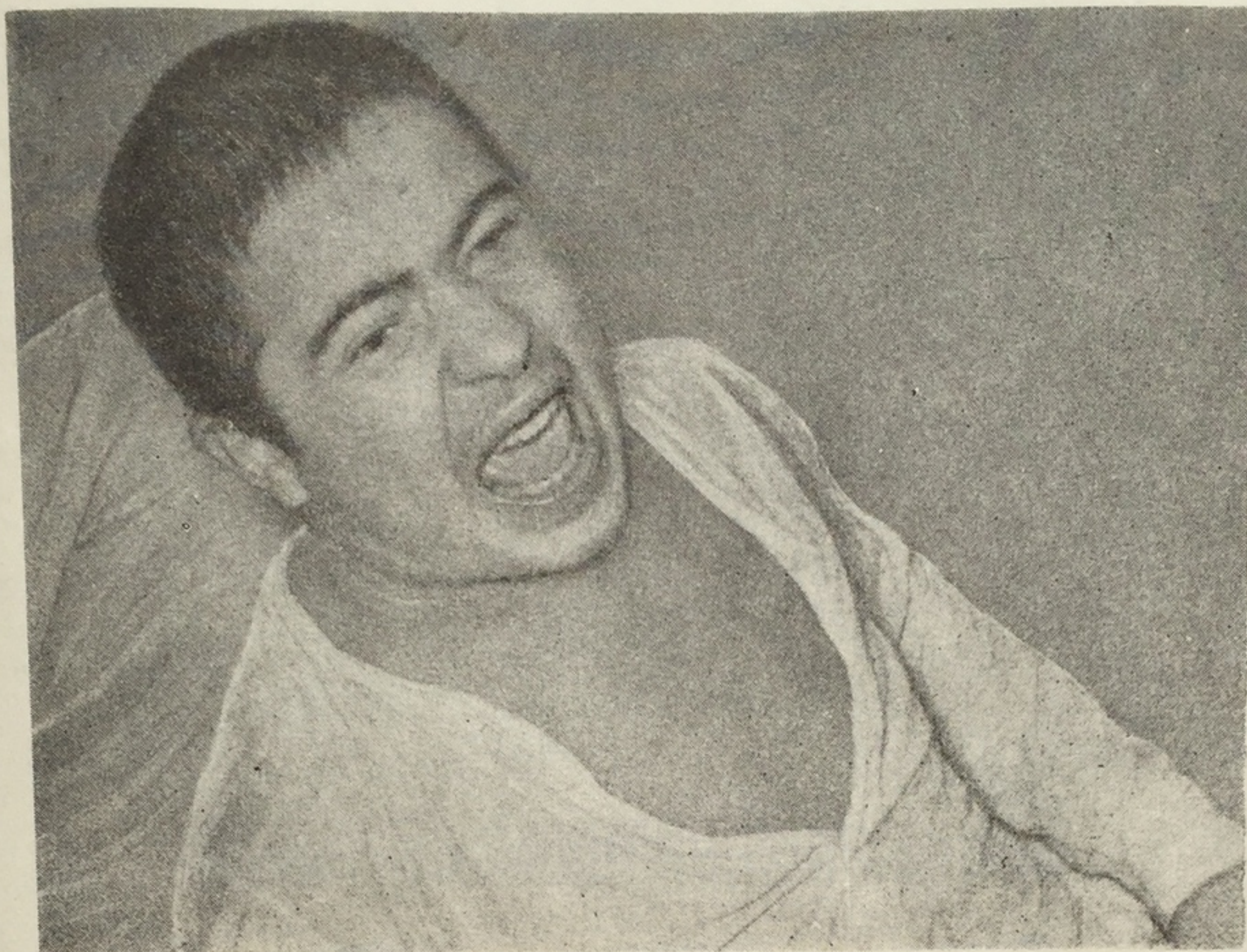


Рис. 614—615. Инсулиновая гипогликемия. Состояние возбуждения, гримасничание.



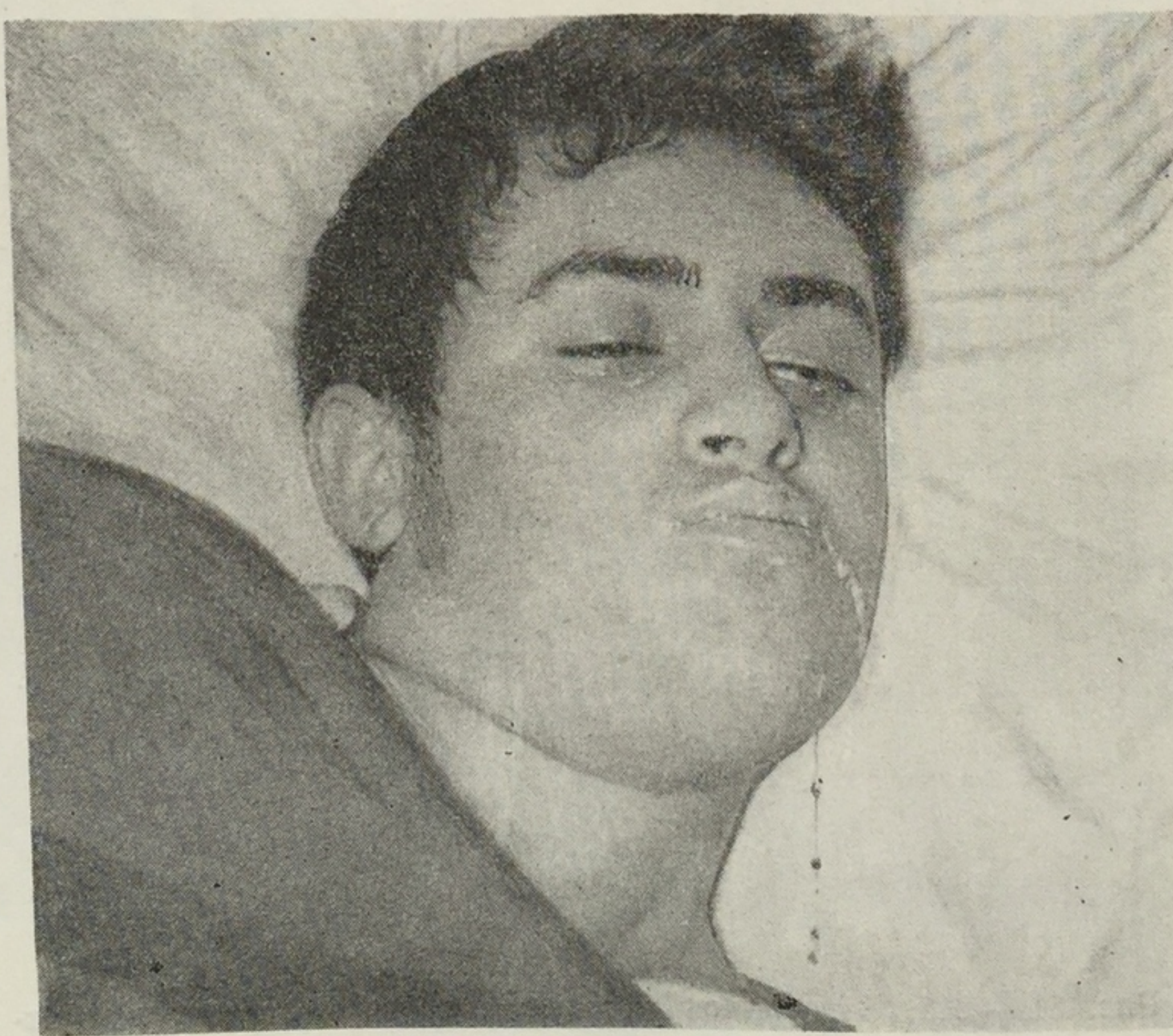
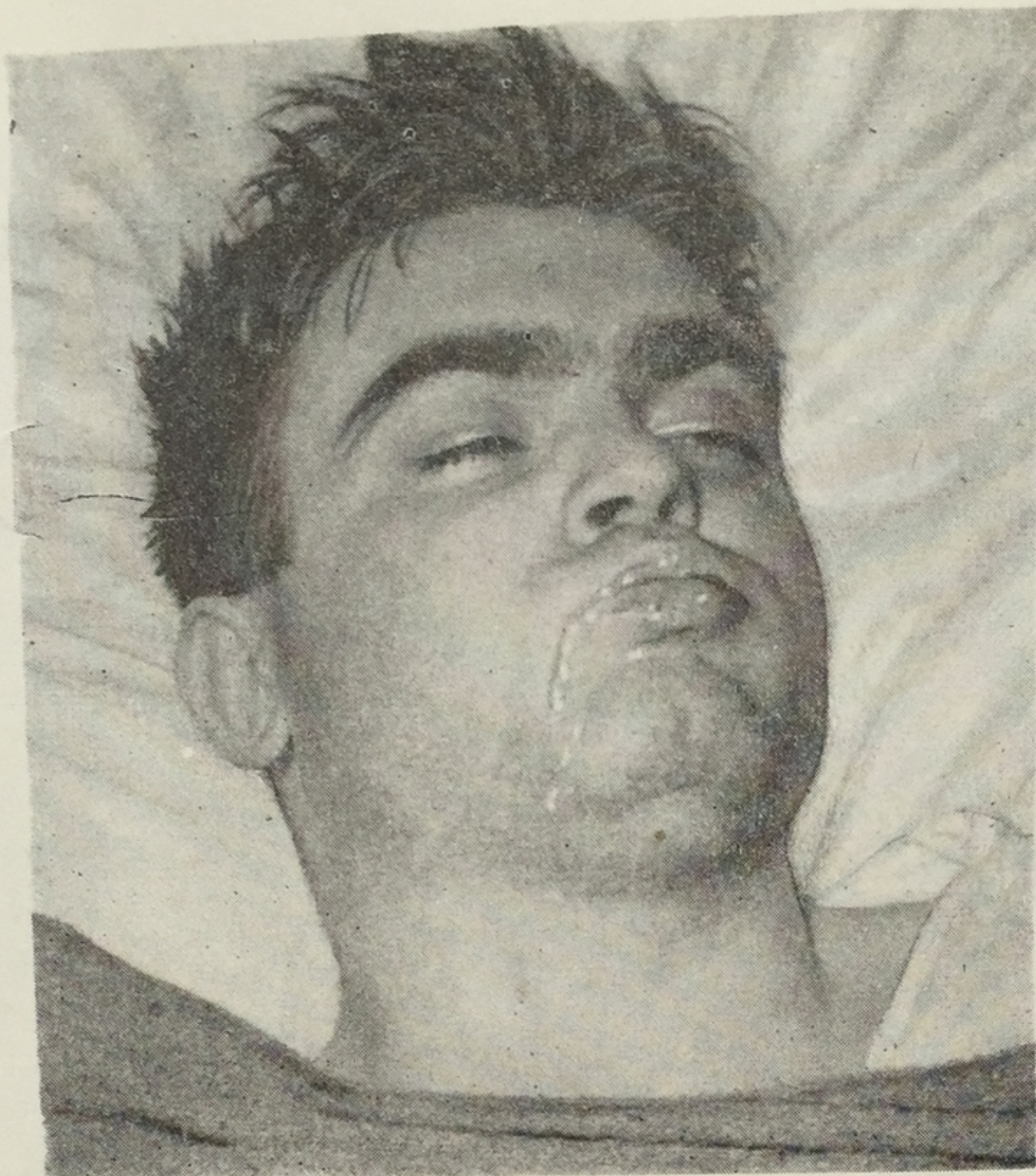


Рис. 616—617. Гипогликемические коматозные состояния.



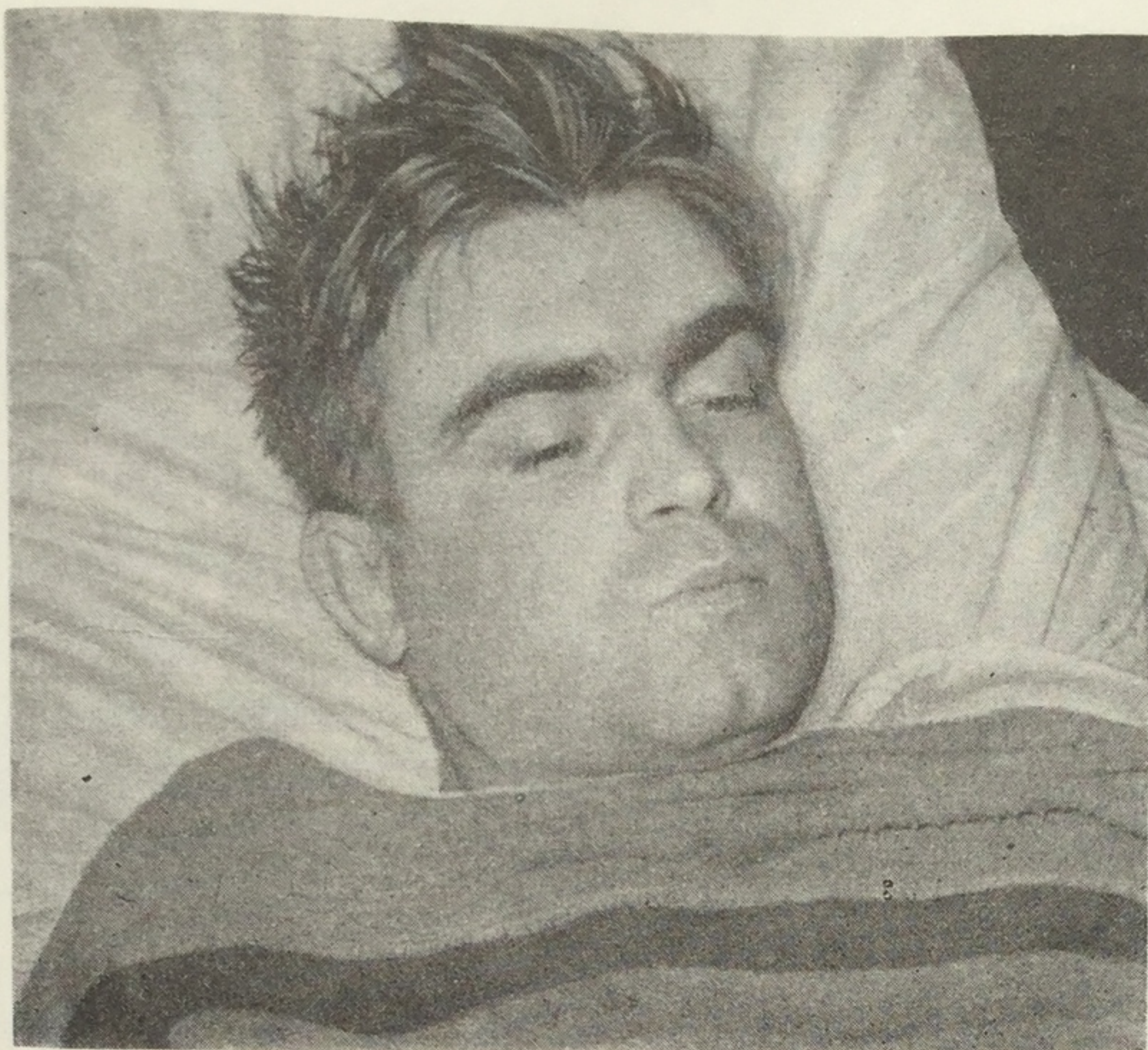


Рис. 618. Гипогликемическое sopopозное состояние.

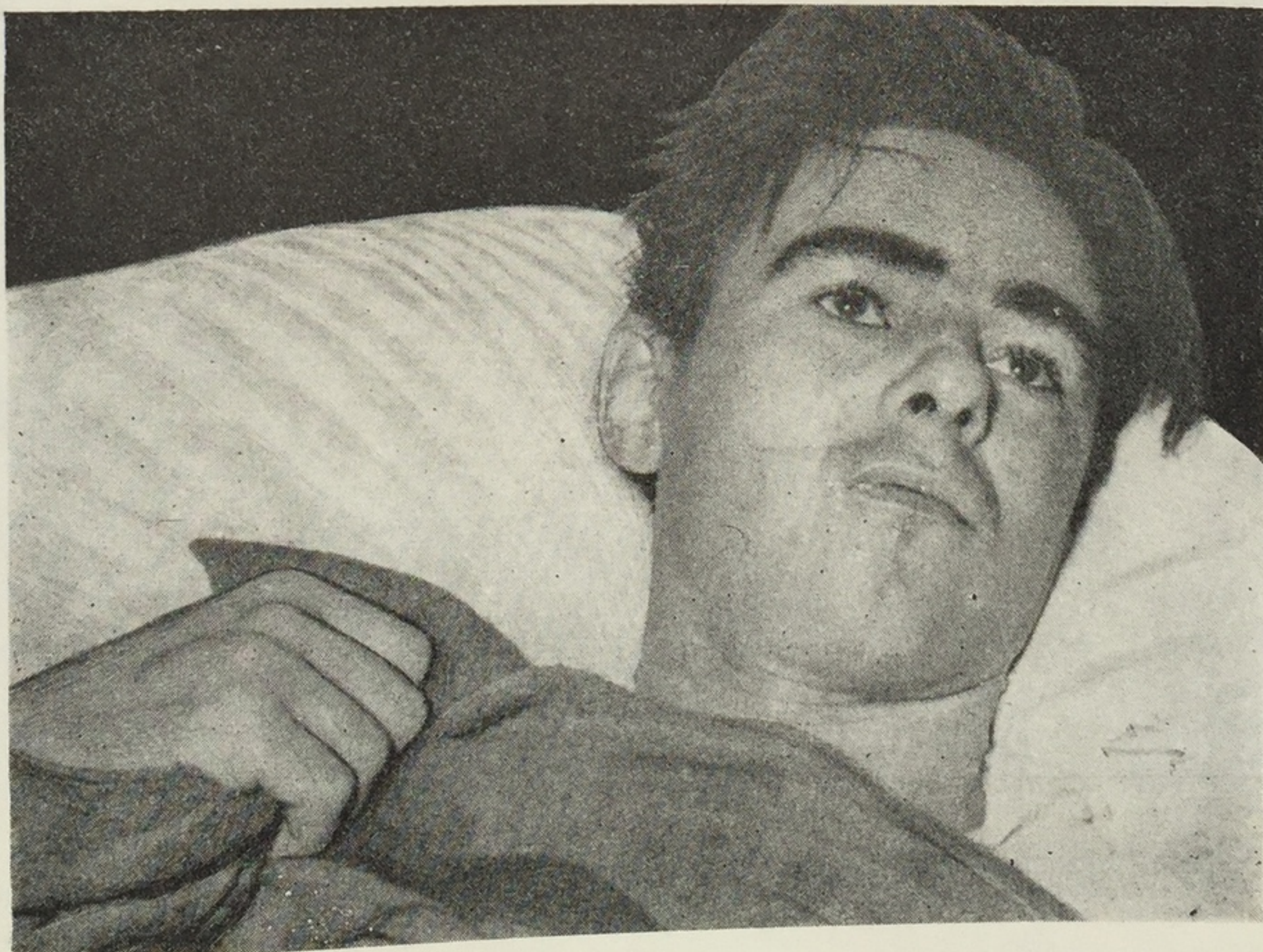


Рис. 619. Гипогликемическое состояние оглушения.



## ЭЛЕКТРОКОНВУЛЬСИВНАЯ ТЕРАПИЯ (ЭКТ)

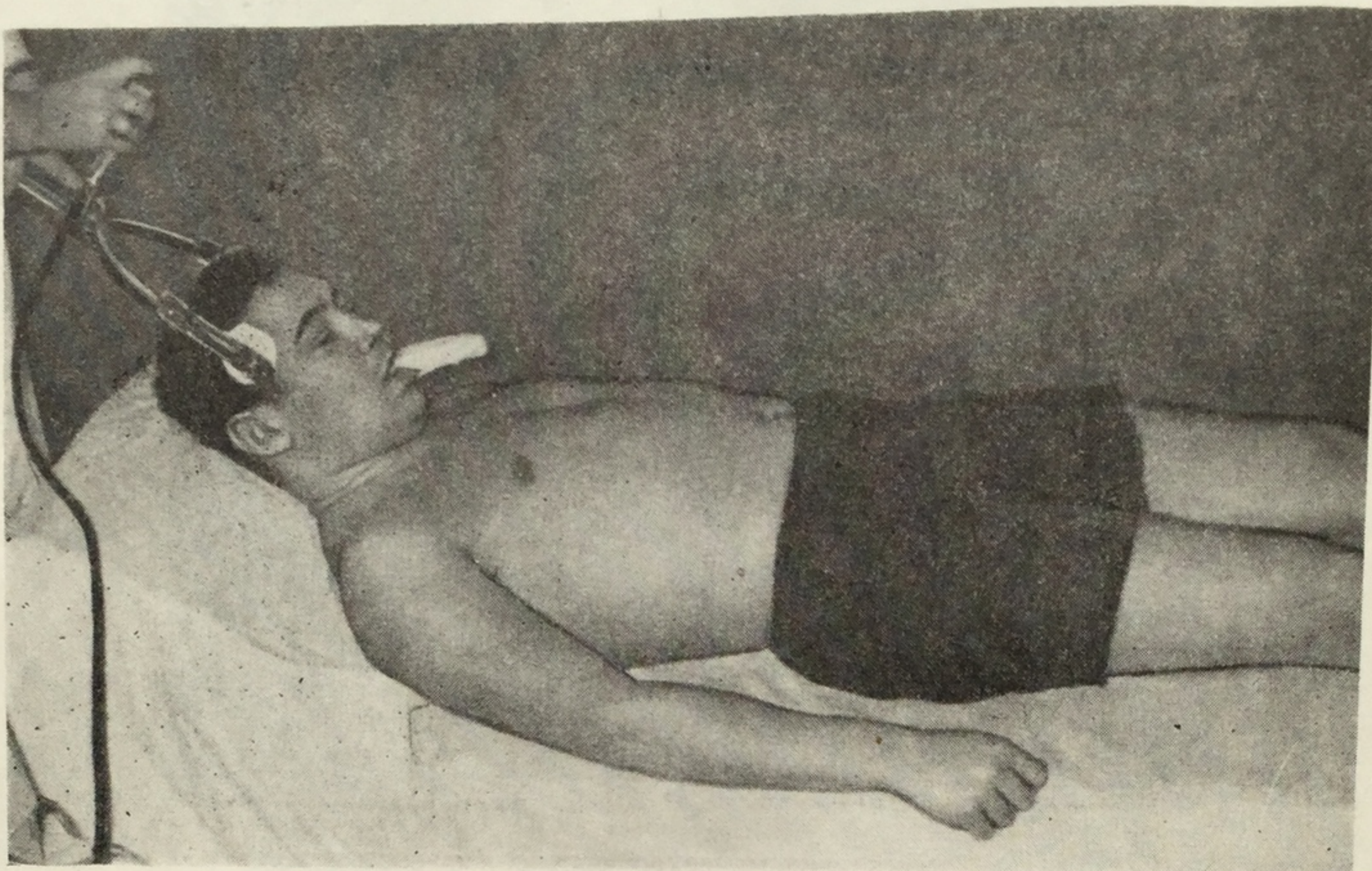


Рис. 620. Наложение электродов.

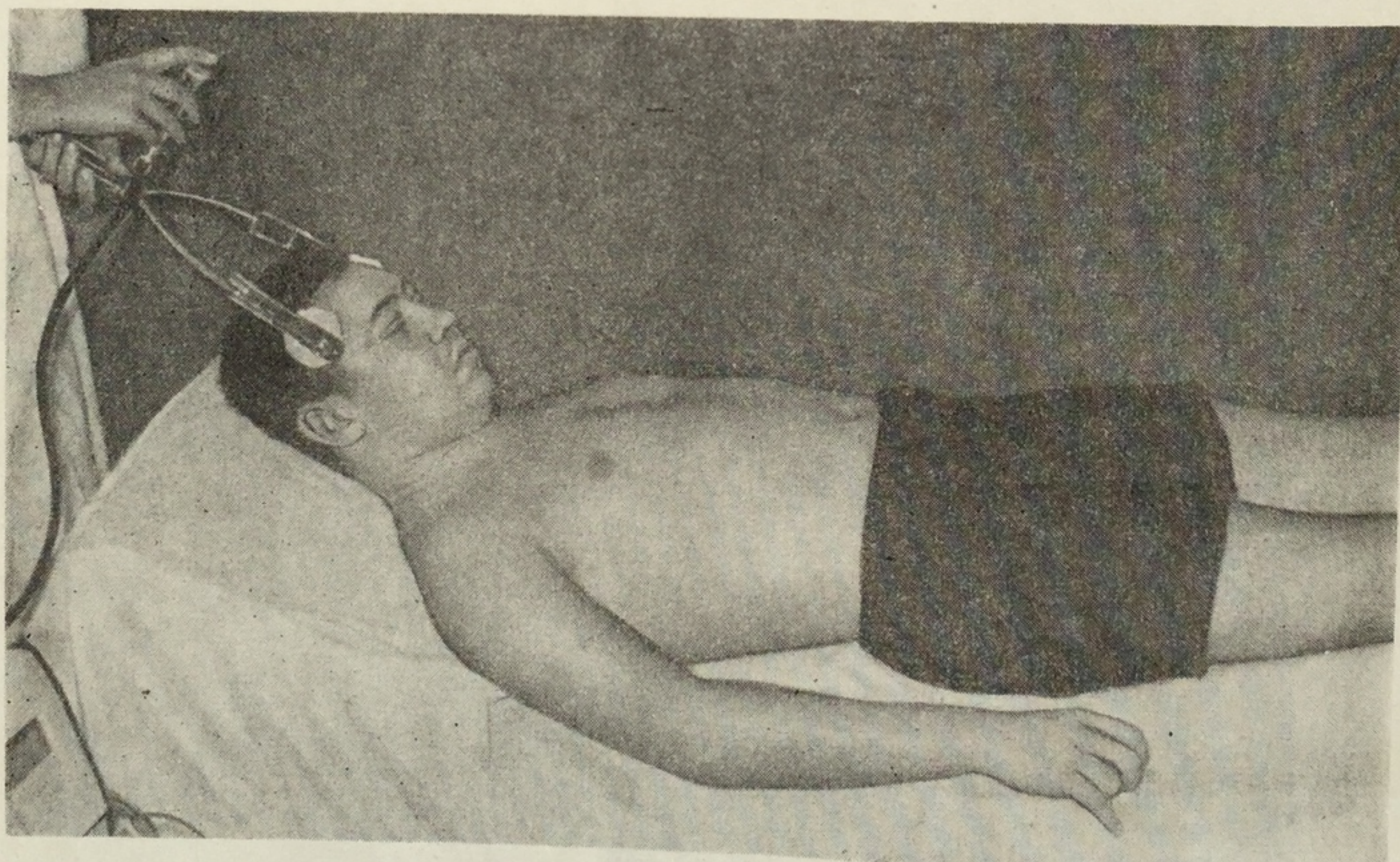


Рис. 621. Введена в рот резиновая, обернутая марлей трубка для предотвращения прикуса языка, губ.



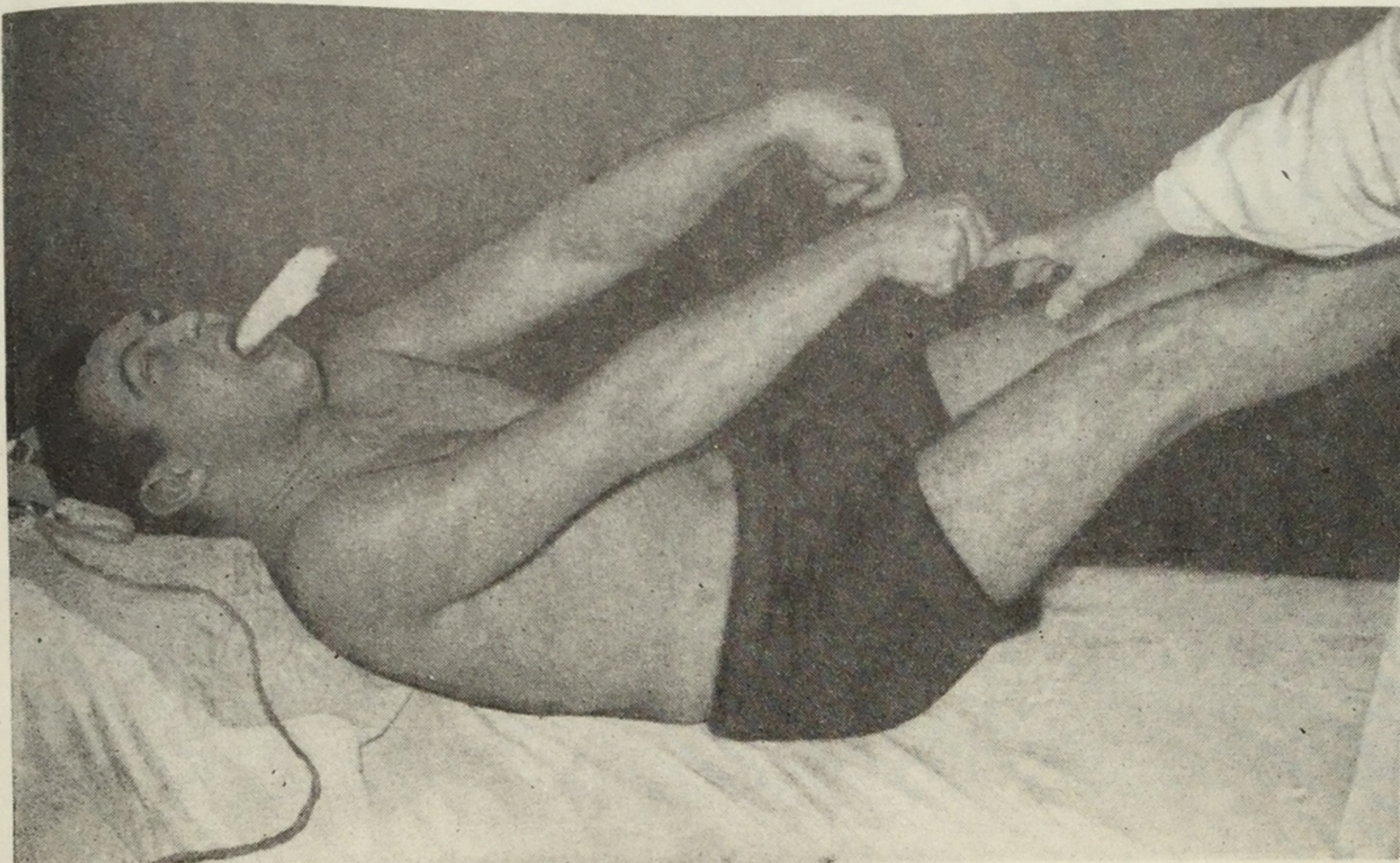


Рис. 622. Тоническая судорога.

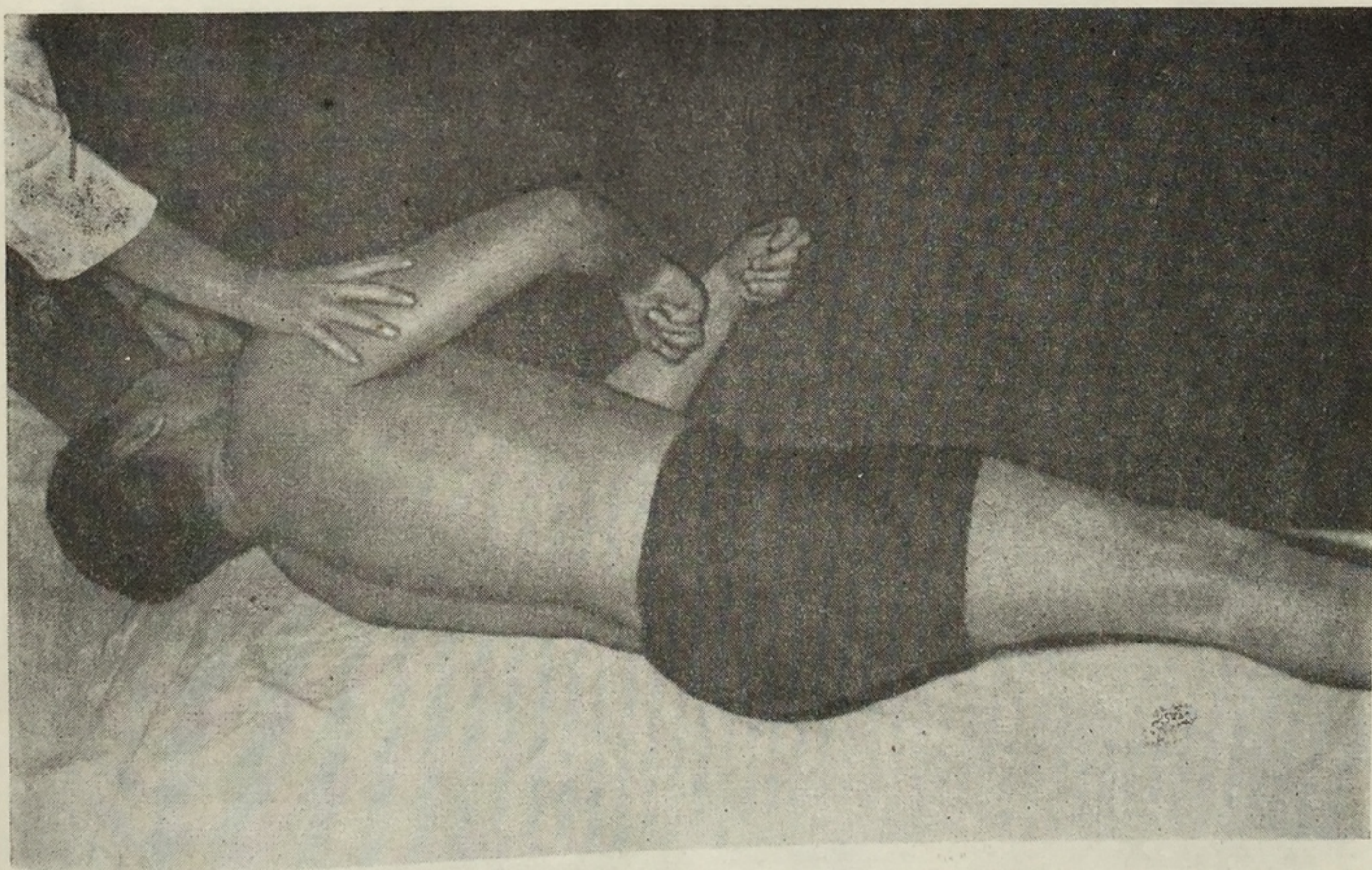


Рис. 623. Поворот тела при тонической судороге.



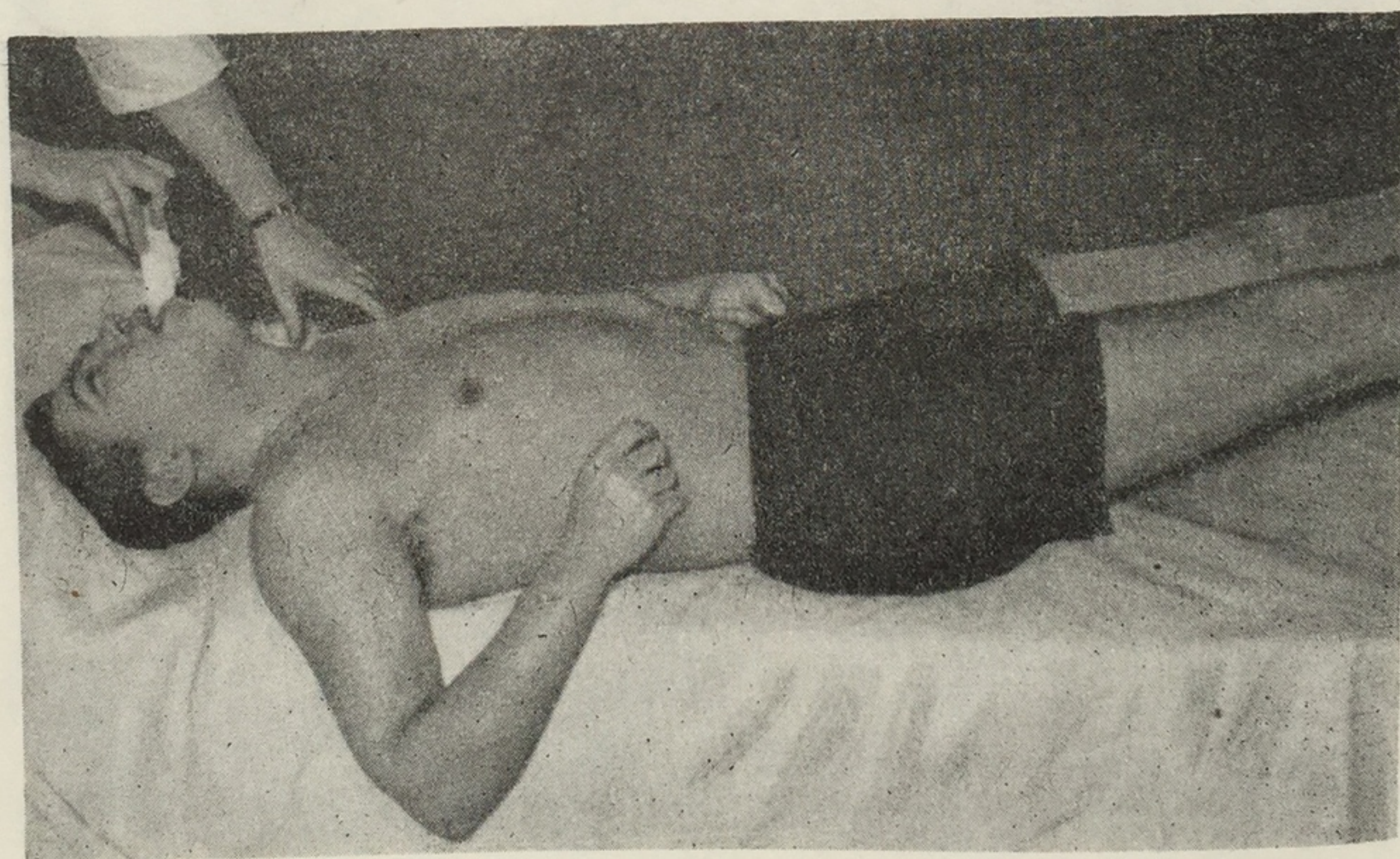
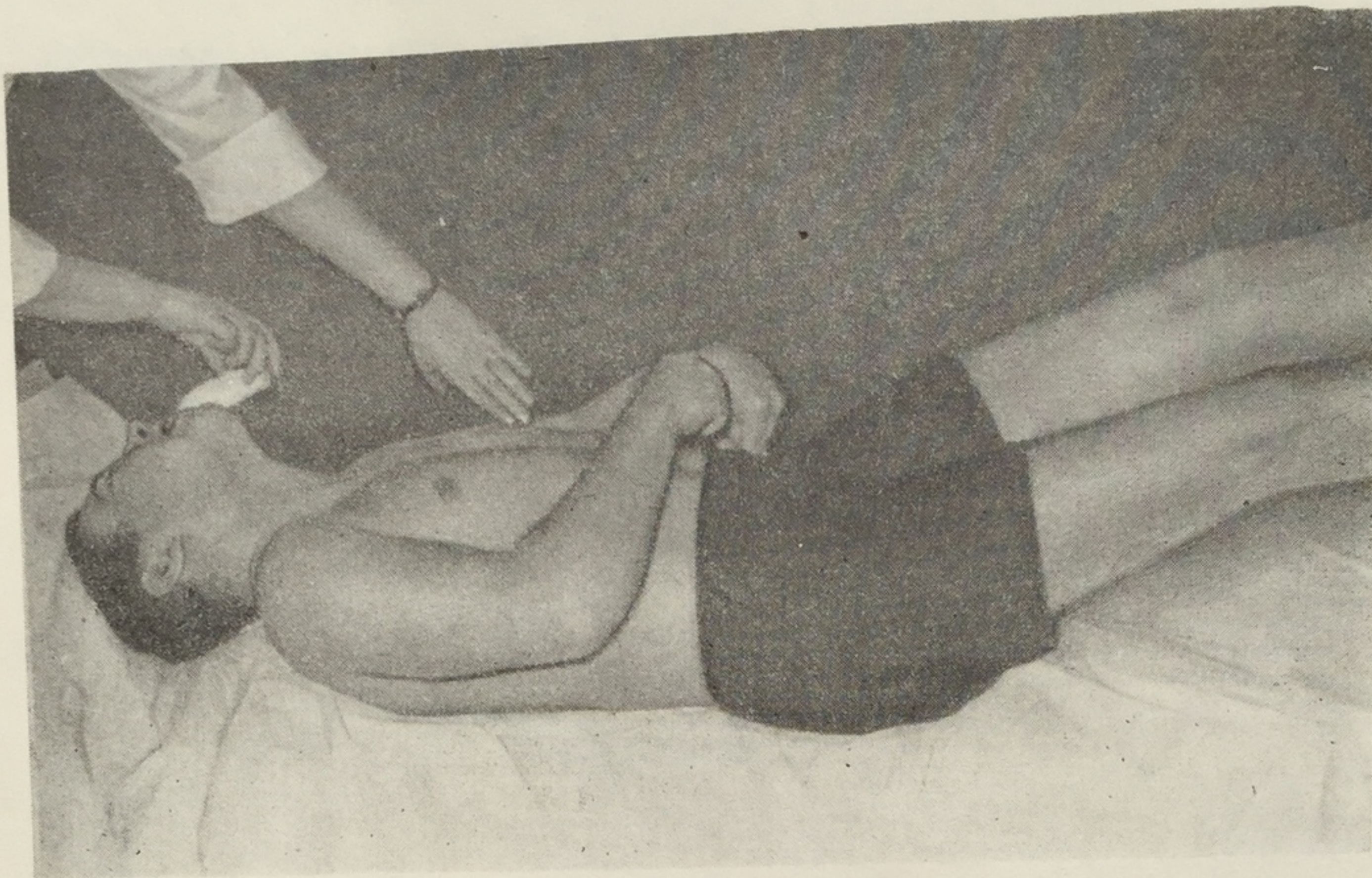


Рис. 624, 625. Клонические судороги.



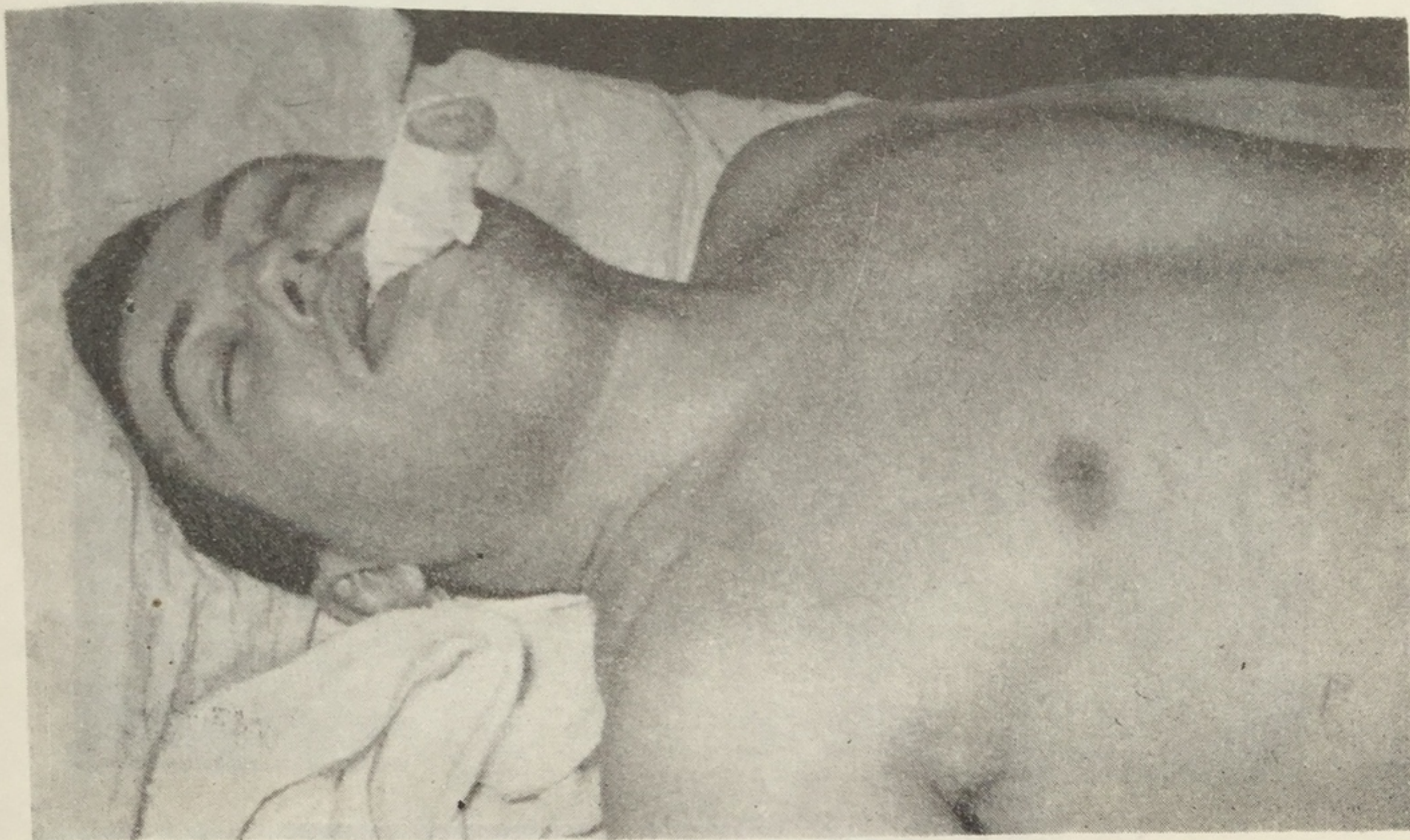


Рис. 626. Коматозное состояние.

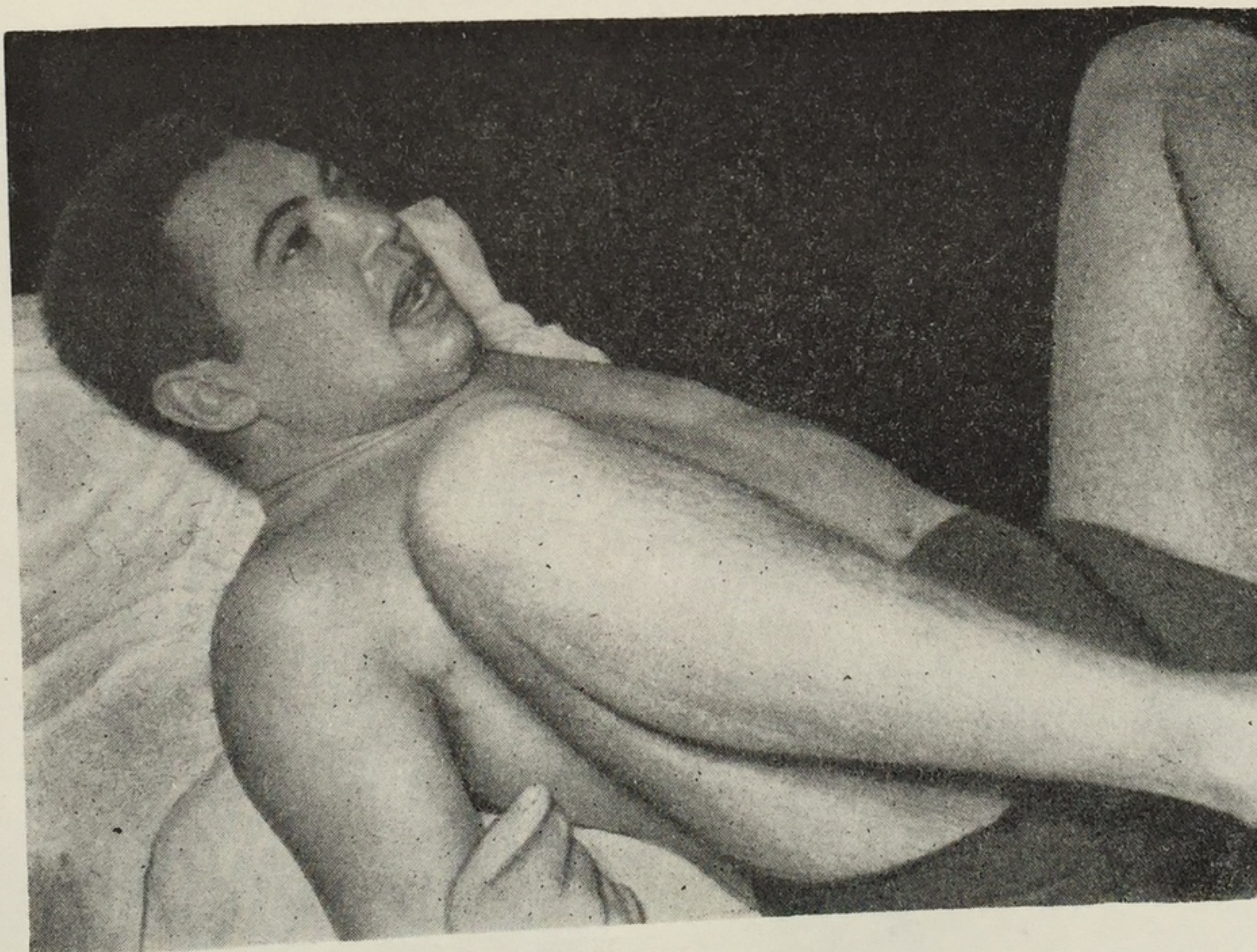


Рис. 627. Состояние двигательного возбуждения после коматозного состояния.



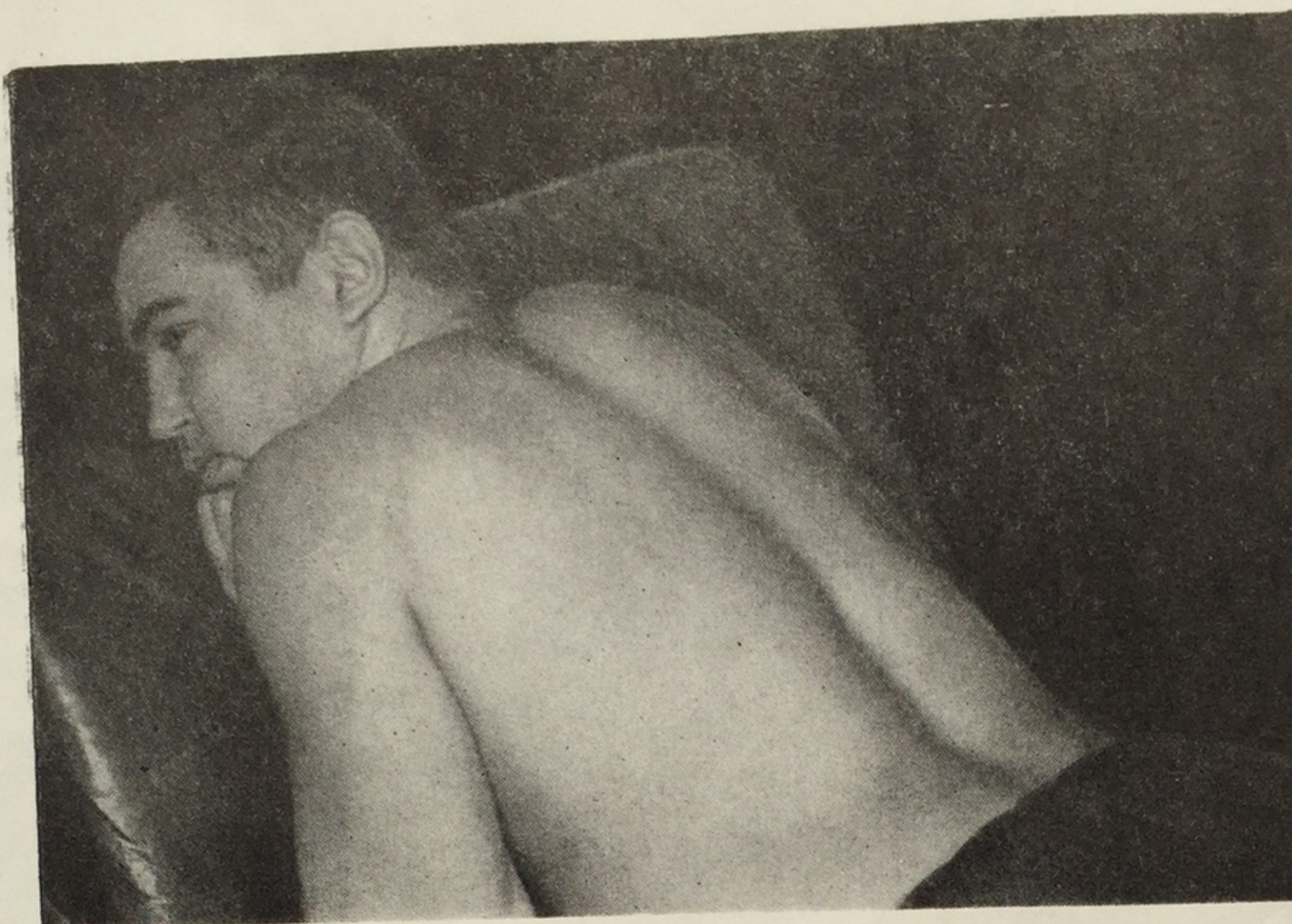


Рис. 628. Переход ко сну после коматозного состояния.

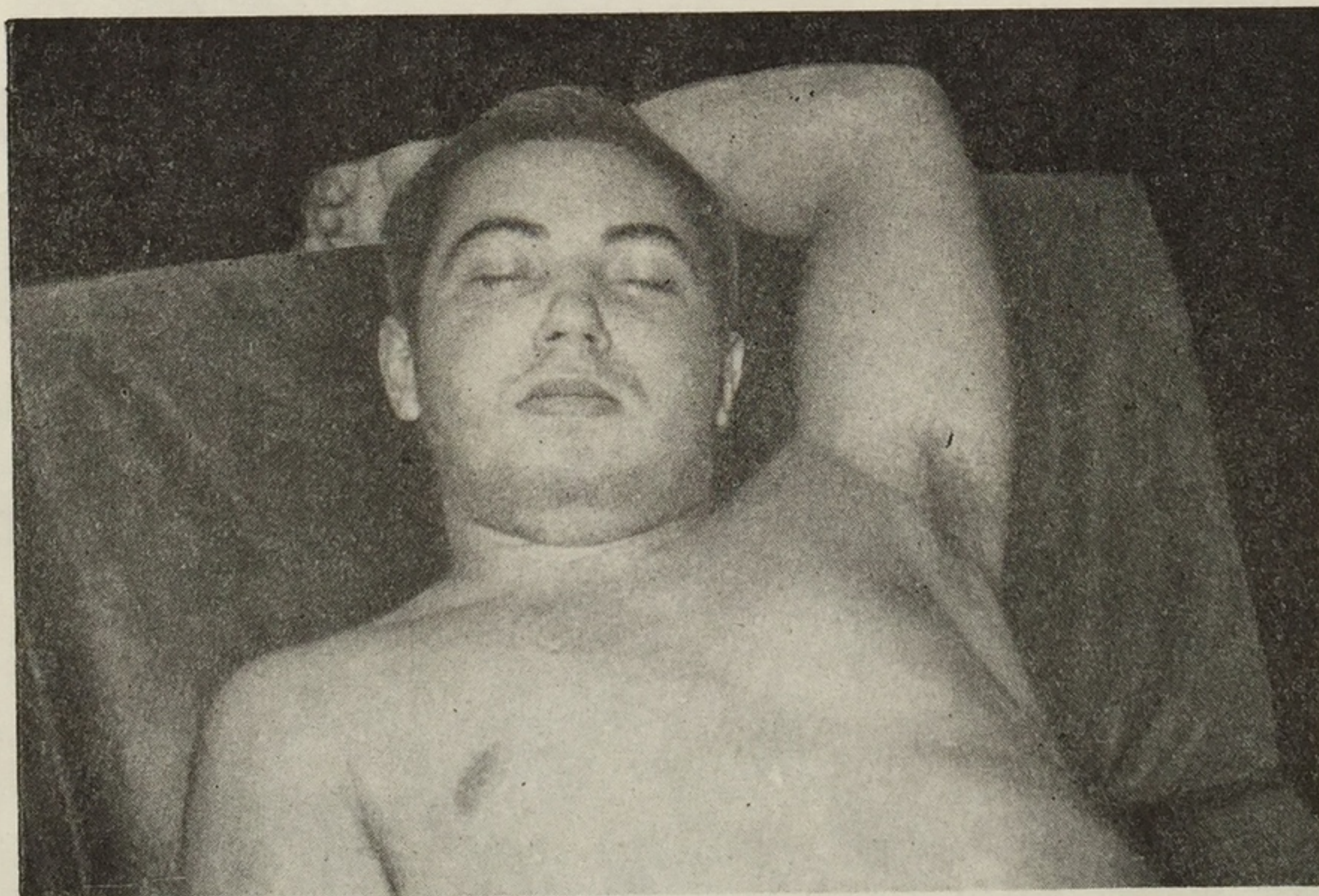


Рис. 629. Послеприпадочный сон.



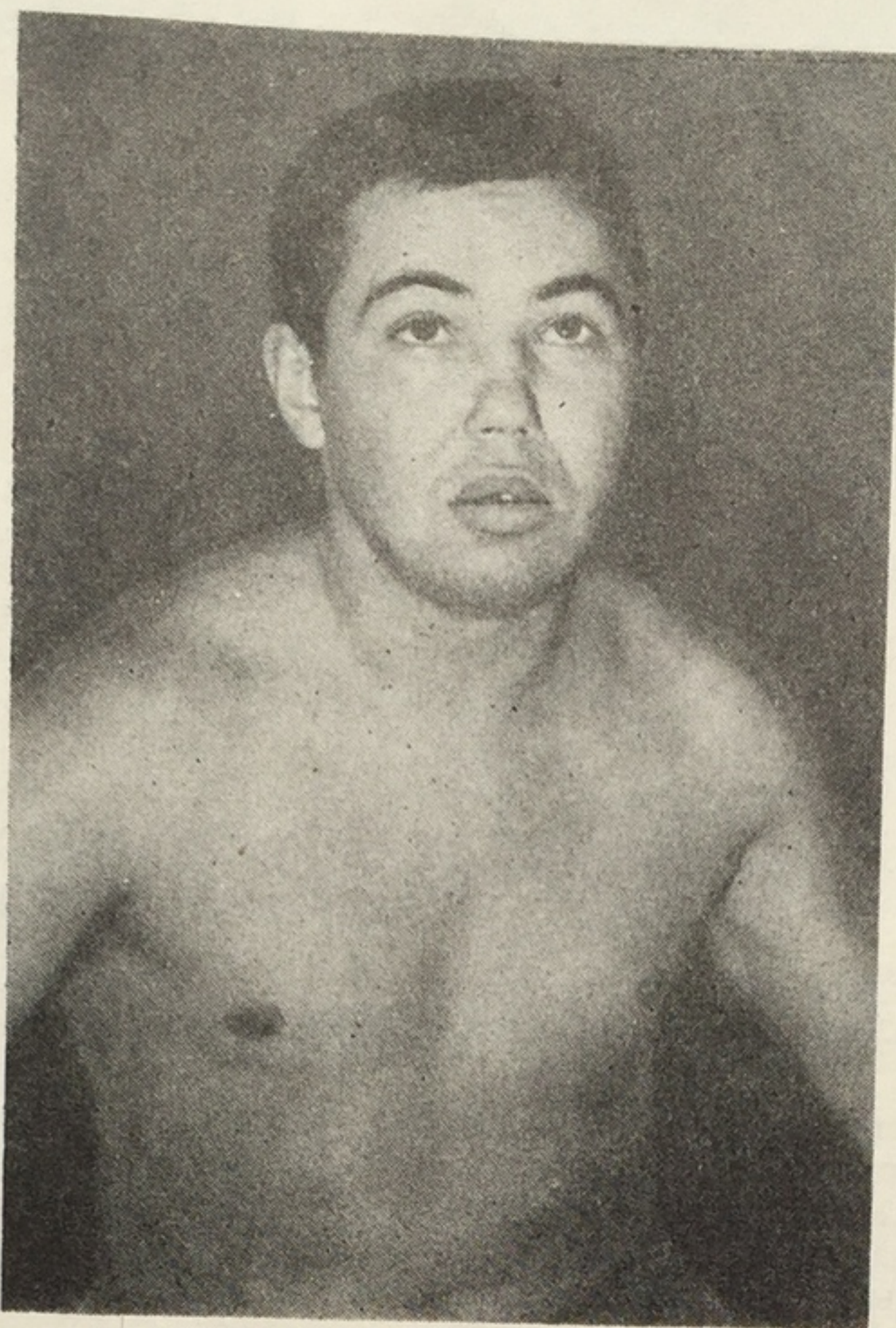
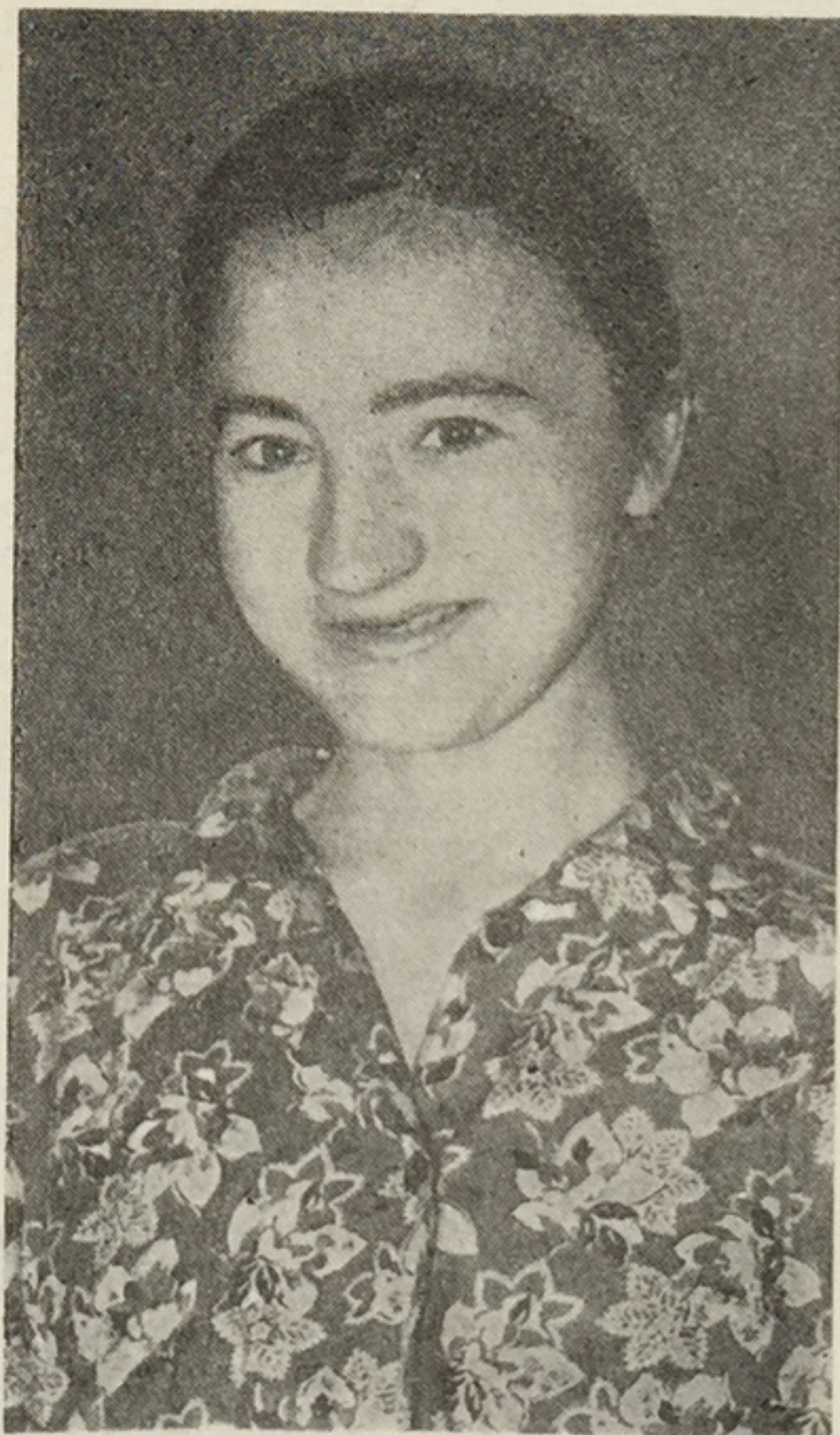


Рис. 630. Состояние послеприпадного оглушения.

#### АЛКОГОЛЬНО-КОФЕИННАЯ ПРОБА



1



2

Рис. 631, 632. Больная Б. (стр. 160—161). Шизофрения. Алкогольно-кофеинная проба до (1) и после (2) (через 15 мин.) введения растворов алкоголя и кофеина.



**ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ СЪЕЗДЫ, КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСАМ ПСИХИАТРИИ  
И СЪЕЗДЫ, НА КОТОРЫХ СТАВИЛИСЬ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ**

Перечень (с дополнениями) составлен проф. Т. И. Ю д и н ы м, опубликован в его  
«Очерках истории отечественной психиатрии».

- 1871 1-й губернский съезд врачей, созданный в Тверской губернии.  
1873 4-й съезд естествоиспытателей и врачей в Киеве.  
1878 3-й губернский съезд врачей Московской губернии.  
1879 7-й Тверской съезд врачей.  
1882 4-й международный съезд по гигиене.  
1885 8-й съезд врачей Московской губернии.  
1887 1-й съезд психиатров.  
1893 5-й Пироговский съезд в Петербурге.  
1896 6-й Пироговский съезд в Киеве.  
1896 2-й съезд деятелей по профессиональному и техническому образованию.  
1897 12-й международный медицинский конгресс в Москве.  
1899 Съезд врачей Курской губернии.  
1902 8-й Пироговский съезд.  
1904 9-й Пироговский съезд.  
1905 2-й съезд психиатров в Киеве.  
1906 8-й съезд врачей Воронежской губернии.  
1907 10-й Пироговский съезд.  
1908, 1909, 1910, 1913 Съезды по экспериментальной педагогике.  
1908 Съезд представителей русских исправительных заведений.  
1909 3-й съезд психиатров.  
1909 1-й съезд по борьбе с алкоголизмом.  
1911 1-й съезд Русского союза невропатологов и психиатров в Москве.  
1913 1-й съезд по народному образованию в Москве.  
1913 18-й съезд врачей Московской губернии.  
1916 Всероссийский съезд психиатров (Москва).  
1919 1-е Всероссийское невропсихиатрическое совещание (Москва).  
1920 Съезд по борьбе с детской дефективностью и беспризорностью, созданный Наркомпросом (Москва).  
1921 Всероссийская конференция по борьбе с детской дефективностью, созданная Наркомздравом (Москва).  
1921 Конференция по научной организации труда (Москва).  
1923 2-е Всероссийское совещание по вопросам невропатологии и психиатрии (Москва).  
1927 1-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров (Москва).  
1930 Съезд по изучению поведения человека (Ленинград).  
1934 Конференция по экзогенным психозам, проведенная Украинской психоневрологической академией (Харьков).  
1935 Конференция по вегетативной нервной системе, проведенная Украинской психоневрологической академией (Харьков).  
1936 Конференция по патогенезу и лечению шизофрении, проведенная Украинской психоневрологической академией (Харьков).  
1936 Конференция по вопросам эпилепсии, созданная Мособлздравотделом.  
1936 2-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров (Москва).  
1937 Конференция в связи с 50-летием Московской психиатрической клиники им. Корсакова.

1938 Ко  
ск  
1939 Ко  
РСС  
1940 Ко  
1940 Ко  
пси  
1941 Се  
и из  
инст  
1941 Ко  
про  
1941 Ко  
1941 Ко  
пато  
1948 3-й  
1948 2-й  
1949 Сес  
1950 На  
ная  
1950 Сес  
проб  
1951 Об  
СССР  
свящ  
1954 Все  
дени  
1955 Все  
1956 Пер  
1956, 195  
ния  
1956 Год  
ско  
1957 Пле  
посвя  
1957 Нау  
1957 Нау  
ния  
1956—195  
(Горь  
1958 Сесс  
меди  
«Сосу  
1958 Кон  
стеме  
1958 Юби  
цинск  
1958 Все  
стерс  
1958 Меж  
борьб  
1959 3-й с  
1959 Конф



- 1938 Конференция по лечению шизофрении, проведенная Украинской психоневрологической академией (Харьков).
- 1939 Конференция по травмам мозга, созданная Центральным институтом психиатрии РСФСР (Москва).
- 1940 Конференция по мозговой локализации, организованная Институтом мозга в Москве.
- 1940 Конференция по психомоторному возбуждению, созданная Центральным институтом психиатрии РСФСР (Москва).
- 1941 Сессия по клиническим синдромам при нарушении высших функций головного мозга и их анатомо-физиологическим основам, созданная Украинским психоневрологическим институтом (Харьков).
- 1941 Конференция на тему «Психонервные симптомы и анатомофизиологическая их основа», проведенная Украинской психоневрологической академией.
- 1941 Конференция по вопросам боли в Ленинграде.
- 1941 Конференция по энцефалитам, созданная правлением Всесоюзного общества невропатологов и психиатров.
- 1948 3-й Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров.
- 1948 2-й Украинский съезд невропатологов и психиатров.
- 1949 Сессия Академии наук СССР, посвященная 100-летию со дня рождения И. П. Павлова.
- 1950 Научная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР, посвященная проблемам физиологического учения И. П. Павлова.
- 1950 Сессия Академии наук СССР и Министерства здравоохранения СССР, посвященная проблемам физиологического учения И. П. Павлова.
- 1951 Объединенное заседание расширенного президиума Академии медицинских наук СССР и пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, посвященное физиологическому учению И. П. Павлова в невропатологии и психиатрии.
- 1954 Всесоюзная научно-практическая конференция, посвященная 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова (Москва).
- 1955 Всесоюзная научная конференция по патологической анатомии психозов (Москва).
- 1956 Первая научная сессия Армянского общества невропатологов и психиатров (Ереван).
- 1956, 1957, 1958, 1959 Научные сессии институтов психиатрии Министерства здравоохранения Грузинской ССР (Тбилиси).
- 1956 Годичная конференция Украинского научно-исследовательского психоневрологического института.
- 1957 Пленум Украинского республиканского общества невропатологов и психиатров, посвященный 40-летию Великой Октябрьской революции (Киев).
- 1957 Научная сессия Киевской психоневрологической больницы им. Павлова.
- 1957 Научная конференция больницы им. Павлова, посвященная 100-летию со дня рождения В. М. Бехтерева.
- 1956—1958 Научные конференции врачей психоневрологических учреждений РСФСР (Горький).
- 1958 Сессия Узбекского научного общества невропатологов и психиатров, Ташкентского медицинского института, Института неврологии АМН СССР, посвященная проблемам: «Сосудистые заболевания головного мозга», «Эпидемический полиомиелит».
- 1958 Конференция по вопросам структуры и функции ретикулярной формации мозга в системе анализаторов, организованная Институтом мозга АМН СССР (Москва).
- 1958 Юбилейная конференция, посвященная 100-летию кафедры психиатрии Военно-медицинской академии (Ленинград).
- 1958 Всесоюзная конференция по психиатрии, созданная Институтом психиатрии Министерства здравоохранения СССР (Москва).
- 1958 Межинститутское совещание при президиуме АМН СССР по вопросам идеологической борьбы с современным фрейдизмом (Москва).
- 1959 3-й съезд психиатров и невропатологов СССР (Харьков).
- 1959 Конференция по трудовой терапии (Черновцы).



### ЖУРНАЛЫ ПО ПСИХИАТРИИ

(составлено профессором Т. И. Ю д и н ы м и дополнено)

- 1883—1889 Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. Харьков (первый отечественный журнал, изданный Н. И. Ковалевским).  
1883—1889 Вестник клинической и судебной психиатрии. СПб.  
1885—1886 Медико-педагогический вестник. СПб.  
1893—1918 Неврологический вестник. Казань.  
1896—1905 Вопросы невро-психической медицины. Киев.  
1896—1916 Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. СПб.  
С 1901 (с перерывами). Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова.  
1904—1912 Вестник психологии, криминальной антропологии и гипнотизма. СПб (бывший).  
1912—1914 Вопросы психиатрии и неврологии. Москва.  
1912 Справочный листок русского союза психиатров-невропатологов. Москва.  
1914—1918 Психиатрическая газета. СПб.  
1919 Неврология. Харьков.  
1922 Психиатрия, неврология, экспериментальная психология. Ленинград.  
1920—1932 Вопросы изучения и воспитания личности.  
1922—1924 Журнал психологии, неврологии, психиатрии. Москва.  
1925—1931 Современная психоневрология. Киев.  
1922 Неврологические записки Баку.  
1923 Анналы Бакинской клиники.  
1923 Вопросы психофизиологии, рефлексологии и гигиены труда. Казань.  
1926—1930 Обзорение психиатрии, неврологии, рефлексологии. Ленинград.  
1932—1935 Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. Москва.  
1932—1941 Советская психоневрология. Харьков.

Пре  
Ма т  
п с  
Де я  
И  
И  
П  
И  
И  
В  
В  
В  
В  
С.  
В.  
П.  
В.  
Н.  
М.  
П.  
В.  
Ю.  
П.  
А.  
Т.  
В.  
В.  
Н.  
В.  
Ф.  
Ж.  
Д.  
Э.  
К.  
Э.  
У ч е б н  
Галл  
Виде  
Расс  
Эмоц  
Ката  
рас



# ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3	Амнезии — расстройства памя-	
Материалы по истории		ти — временные, длительно-	
психиатрии . . . . .		прогрессирующие . . . . .	70
Деятели психиатрии . . . . .	5	Прогрессивный паралич поме-	
И. М. Сеченов . . . . .	37	шанных . . . . .	71
И. П. Павлов . . . . .	38	Прогрессивный паралич поме-	
П. Д. Шипулинский . . . . .	39	шанных — лабораторные ис-	
И. М. Балинский . . . . .	39	следования . . . . .	72
И. П. Мержеевский . . . . .	40	Особенности паралитического	
В. М. Бехтерев . . . . .	41	бреда величия . . . . .	73
В. П. Осипов . . . . .	42	Прогрессивный паралич поме-	
В. Х. Кандинский . . . . .	43	шанных, клинические формы—	
В. Ф. Саблер . . . . .	43	формы течения . . . . .	74
С. С. Корсаков . . . . .	44	Клинические формы сифилиса	
В. П. Сербский . . . . .	46	головного мозга . . . . .	75
П. Б. Ганнушкин . . . . .	47	Большой эпилептический припа-	
В. А. Гиляровский . . . . .	48	док . . . . .	76
Н. Н. Баженов . . . . .	49	Эпилептические эпизодические	
М. П. Литвинов . . . . .	49	психозы — эквиваленты . . . . .	77
П. П. Кашенко . . . . .	50	Клинические формы — формы	
В. И. Яковенко . . . . .	51	течения эпилепсии . . . . .	78
Ю. В. Каннабих . . . . .	51	Клинические формы шизофрении	
П. А. Бутковский . . . . .	52	Циркулярный (маниакально-де-	
А. И. Ющенко . . . . .	53	прессивный) психоз . . . . .	80
Т. И. Юдин . . . . .	53	Артериосклероз головного мозга	
В. М. Гаккебуш . . . . .	54	Сенильный (старческий) психоз	
В. П. Протопопов . . . . .	55	Пресенильный (предстарческий)	
Н. В. Краинский . . . . .	56	психоз . . . . .	83
В. А. Бец . . . . .	57	Олигофрения . . . . .	84
Ф. Пинель . . . . .	57	Психические расстройства при	
Ж. Э. Д. Эскироль . . . . .	58	черепномозговой травме — це-	
Д. Конноли . . . . .	59	ребротравматические психозы	
Э. Крепелин . . . . .	60	Алкогольные психозы . . . . .	85
К. Вернике . . . . .	60	Психогенные реакции, неврозы	
Э. Блейлер . . . . .	61	Симптомы и формы психи-	
Учебные таблицы . . . . .		ческих заболеваний . . . . .	
Галлюцинации . . . . .	65	Галлюцинации . . . . .	91
Виды бреда . . . . .	66	Бредовые идеи . . . . .	108
Расстройства сознания . . . . .	67	Прогрессивный паралич поме-	
Эмоциональные расстройства . . . . .	68	шанных, паралитическое сла-	
Кататонические двигательные		боумие, паренхиматозный ней-	
расстройства . . . . .	69	ролюэс, поздний сифилитиче-	
		ский психоз, общий паралич	115



Сифилис мозга . . . . .	118	Травматические психические	
Эпилепсия . . . . .	128	расстройства . . . . .	277
Большой судорожный, тонико- клонический, эпилептический припадок . . . . .	132	Эпилепсия . . . . .	279
Шизофрения, раннее слабоумие	148	Шизофрения . . . . .	281
Восковая гибкость, каталепсия	152	Множественный цистицеркоз	285
Ступор . . . . .	153	Абсцесс мозга . . . . .	285
Циркулярный психоз, маниакаль- но-депрессивный психоз . .	175	Олигофрения . . . . .	286
Артериосклероз головного мозга	186	Материалы по исследованию и лечению психических за- болеваний . . . . .	
Сенильный психоз, старческий психоз, старческое слабоумие	190	Схема Н. К. Боголепова разли- чий кровоизлияния, тромбоза и эмболии . . . . .	308
Пресенильный, предстарческий психоз . . . . .	197	Электроэнцефалография . . . .	311
Олигофрения . . . . .	199	В. В. Правдич-Неминский . . .	311
Истерия, истерические реакции	209	Г. Бергер . . . . .	312
Депрессивная реакция, психоген- ная депрессия . . . . .	211	Некоторые методики исследова- ния высшей нервной деятельно- сти и экспериментально-пси- хологических исследований в психиатрической практике	337
Псевдодеменция . . . . .	212	Психотерапия . . . . .	357
Пуэрилизм . . . . .	212	Гипноз . . . . .	360
Ганзеровское сумеречное состоя- ние . . . . .	213	Инсулинотерапия . . . . .	367
Схема различий истерического и эпилептического припадков	221	Электроконвульсивная терапия (ЭКТ) . . . . .	370
Алкогольные психозы . . . . .	233	Алкогольно-кофеинная проба .	375
Патологоанатомические и патологогистологичес- кие материалы . . . . .		Психиатрические съезды, конфе- ренции по вопросам психиат- рии и съезды, на которых стави- лись вопросы психиатрии .	376
Прогрессивный паралич . . . .	263	Журналы по психиат- рии . . . . .	378
Сифилис мозга . . . . .	267	Оглавление . . . . .	379
Артериосклероз головного мозга	269		
Старческое слабоумие . . . . .	273		

Фрумкин Яков Павлович,  
Воронков Георгий Леонидович  
УЧЕБНЫЙ АТЛАС ПСИХИАТРИИ

Редактор А. Л. Абашев  
Корректор И. А. Солдатова

Техредактор А. Л. Наринская  
Переплет художн. А. В. Посохова

БФ 38595. Заказ № 375. Тираж 8700. Подписано к печати 17/X 1962 г. Учетно-издат. листов 20,85.  
Бумага 70×108<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумажных лист, 11,83. Условн. печ. листов 33,25 (физич. печ. л. 23,75). Цена 2 руб. 19 коп.

Книжно-журнальная фабрика Главполиграфиздата Министерства культуры УССР.  
Киев, ул. Воровского, 24.



е  
. 277  
. 279  
281  
285  
285  
286

и ю

а-

ни-

а

. 308  
. 311  
. 311  
. 312

а-

о-

и-

в

337  
. 357  
. 360  
. 367

ия

. 370  
. 375

ре-

ат-

ави-

. 376

а т-

. 378

. 379

инская  
осохова

истов 20,85.  
руб. 19 коп.



Цена 2 руб. 19 коп.



THE  
CENTRAL  
LIBRARY

1914